



**Universidade de
Aveiro
2003**

Departamento de Didáctica e Tecnologia
Educativa

**Ana Paula Pires
Rodrigues Belo**

**Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem
Perspectiva do Aluno**



**Universidade de
Aveiro
2003**

Departamento de Didáctica e Tecnologia
Educativa

**Ana Paula Pires
Rodrigues Belo**

Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem Perspectiva do Aluno

dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Supervisão, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Isabel Alarcão, Professora Catedrática do Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa da Universidade de Aveiro e co-orientação científica da Professora Doutora Nilza Costa, Professora Associada do Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa da Universidade de Aveiro

o júri

presidente

Doutora Maria Isabel Lobo de Alarcão e Silva Tavares
Professora Catedrática da Universidade de Aveiro

vogais

Doutora Nilza Maria Vilhena Nunes da Costa
professora associada do Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa da
Universidade de Aveiro

Doutora Maria Ângela Perpétua Rodrigues
professora auxiliar da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da
Universidade de Lisboa

Doutor Wilson Jorge Correia Pinto Abreu
professor coordenador da Escola Superior de Enfermagem Dona Ana Guedes

agradecimentos

A concretização deste trabalho deve-se à colaboração de algumas pessoas a quem eu quero expressar o meu profundo reconhecimento. À minha orientadora, Professora Doutora Isabel Alarcão, pela ajuda, pelo apoio, pelo estímulo, pelo conhecimento científico que me transmitiu e pelas reflexões pertinentes que me proporcionou. O meu Bem-Haja pelo interesse, pela entrega, pelo incentivo e pela tão grande disponibilidade que sempre demonstrou.

À minha co-orientadora, Professora Doutora Nilza Costa, pelas pertinentes reflexões que foi fazendo ao longo do trabalho. Pelo apoio, interesse e consideração.

A todos os professores do Curso de Mestrado em Supervisão, por terem contribuído para a minha formação.

Ao João Filipe e à Maria José, meus colegas de mestrado e sobretudo amigos. Nesta caminhada de dois anos foi muito bom poder contar com eles. Sem palavras...

À Professora Céu Martins, por ter compreendido os meus períodos de trabalho mais sobrecarregados.

À D. Céu e D. São, pela preciosa colaboração que me deram na pesquisa de livros e revistas, sempre com simpatia e atenção.

Aos alunos, sem eles não era possível a concretização deste trabalho.

A todos aqueles que me deram força e ânimo.

resumo

As principais preocupações deste estudo centram-se na supervisão em ensino clínico e na forma como os alunos a percebem. Propusemo-nos compreender o significado que os alunos de enfermagem atribuem à supervisão em ensino clínico. É uma área complexa, abrangente e problemática e que, no que respeita à perspectiva do aluno, se encontra pouco aprofundada. Preocupamo-nos e interessamo-nos por esta temática porque somos supervisores de alunos de enfermagem. É um estudo qualitativo de natureza exploratória-descritiva e está organizado em duas partes que se interligam. Na primeira parte fazemos um enquadramento teórico de acordo com a problemática em estudo. A segunda parte é constituída pelo estudo empírico que engloba as questões de investigação, os objectivos formulados, a metodologia, a apresentação e análise interpretativa dos dados e a discussão dos resultados. A recolha de informação foi efectuada em três Escolas Superiores de Enfermagem do País, e foram inquiridos trinta alunos do 4º ano de licenciatura em enfermagem. No sentido de obter reacções espontâneas, baseadas nas suas vivências reflectidas, criámos um guião em que eram solicitados a narrar um episódio ocorrido em ensino clínico que, para eles, tivesse sido significativo. As trinta narrativas de episódios significativos, foram sujeitas à técnica de análise de conteúdo. Os dados foram agrupados em cinco áreas temáticas: Representação dos alunos sobre supervisão; Relação em contexto supervisiivo; Competências do aluno, do enfermeiro cooperante e do docente; Estratégias de Supervisão; Condições de Trabalho para a Supervisão. Após a interpretação dos resultados apresentamos as conclusões e sugestões de possíveis intervenções e futuras investigações. Os resultados obtidos sugerem que, na opinião dos alunos, a supervisão em ensino clínico não é adequada, nem facilitadora da aprendizagem. Reconhecem que os supervisores são a peça fundamental para o seu crescimento profissional, mas apontam a necessidade de aperfeiçoamento em algumas competências. Atribuem muita importância à comunicação na relação supervisiiva em ensino clínico, mas constataam a existência de muitas situações de comunicação insuficiente. Os alunos evidenciam desenvolvimento de algumas competências em ensino clínico, tais como competências cognitivas, atitudinais, comunicacionais e técnicas. Revelam consciência das fragilidades e, nalguns casos, evidenciam competências de auto-aprendizagem. Estes resultados sugerem-nos a realização de um estudo sobre a mesma temática, comparativo e mais abrangente, isto é, extensível a mais alunos. Assim como uma futura investigação que se debruce apenas sobre a relação supervisiiva, dimensão que se evidenciou não só relevante, mas também problemática.

abstract

The main concerns of this study are centered in the supervision in clinical teaching and in the way students perceive it. We wanted to understand the meaning that nursing students give to the supervision in clinical teaching. It is a complex, comprehensive and problematic area which, according to the students' perspective, requires deeper investigation. We are interested in and concerned about this subject because we are supervisors of nursing students.

It is a qualitative study having an exploratory-descriptive nature and it is organized in two interconnected parts.

In the first one, we propose a theoretical framework according to the problem under study. The second part is made up of the empirical study, covering the investigation questions, proposed goals, methodology, the presentation and interpretative analysis of data, and discussion of the results achieved.

The gathering of information was carried out in three national Nursing Graduating Colleges, where thirty students of the 4th year of a Nursing Degree were interviewed.

To obtain spontaneous reactions based on their reflective experiences, we have created a form in which the students were asked to describe an incident that had occurred in clinical teaching and had been significant to them. The content of these thirty descriptions of significant episodes was tested according to the technique of content analysis. The resulting data were grouped in five thematic areas: Students' representation under supervision; Relationship in supervisory context; Competence of the student, cooperative nurse and teacher; Supervision strategies; Working conditions for the supervision.

After interpretation of the results, we present the conclusions and suggestions for possible interventions and future investigation.

According to the students' opinion, the achieved results suggest that supervision in clinical teaching is neither suitable nor the facilitator of the learning. They recognize supervisors as an essential part for their professional growth. However, they point out the need of improvement in some areas of competence. They also give much importance to communication in the supervisory relationship in clinical teaching but they notice the existence of many situations of insufficient communication. The students put in evidence the development of some competence in the clinical teaching, such as cognitive, behavioral, communicative and technical competence. They show they are aware of some weaknesses and, in some cases, they show self-learning competence. These results suggest to us the need to carry out a comparative and more comprehensive study about the same subject, reaching more students through it. Some future investigation that will only focus on the supervisory relationship, which has become not only relevant but also problematic, should also be carried out.

ÍNDICE	Pág.
INTRODUÇÃO	19
PARTE I FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	23
1– BREVE HISTORIAL SOBRE A EVOLUÇÃO DAS ESCOLAS E DO ENSINO DE ENFERMAGEM EM PORTUGAL	25
1.1- A Relevância do Ensino Clínico na Formação Inicial dos Enfermeiros	31
1.1.1 - Os Ensinos Clínicos	32
1.1.2 - Os Alunos	34
1.1.3 - Formação e Experiência	36
2- MODELOS DE FORMAÇÃO	40
2.1- Modelo centrado nas Aquisições	41
2.2- Modelo centrado no Processo	41
2.3- Modelo centrado na Análise	42
2.4- Modelo Ecológico de Desenvolvimento	43
2.5 - O contorno das reflexões actuais	48
3 - SUPERVISÃO NO ENSINO CLÍNICO EM ENFERMAGEM	52
3.1- Emergência dos Conceitos de Supervisão e Supervisão Clínica	53
3.2- Importância da Supervisão no Ensino Clínico em Enfermagem	63
3.3- Desenvolvimento dos Saberes e Competências nos Alunos através da Prática Reflectida	70
3.4- Aluno e Supervisor: Uma Relação Comunicativa	84
PARTE II ESTUDO EMPÍRICO	97
1 - DA PROBLEMÁTICA AOS OBJECTIVOS DE ESTUDO	99
2 – METODOLOGIA	102
2.1 - Tipo de estudo	102
2.2 - População estudada	103
2.3 - O processo de recolha de dados: a narração de episódios significativos	105
2.3.1 - O guião de narração do episódio significativo	108
2.3.2 – O teste piloto	111

3 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	113
PARTE I – Caracterização dos Participantes	117
3.1 - Caracterização da amostra por sexo	117
3.2 – Caracterização da amostra por idade	117
3.3 – Número de ensinios clínicos por aluno	118
3.4 - Número de alunos por áreas do ensino clínico	119
PARTE II – Caracterização geral dos episódios significativos	120
3.5 – Resumo/síntese da caracterização dos episódios significativos	120
PARTE III - Análise descritiva e interpretativa dos dados	125
3.6 - Representação dos alunos sobre supervisão	127
3.7 - Relação em contexto de supervisão	134
3.8 - Competências	139
3.9 - Estratégias de supervisão em ensino clínico	156
3.10 - Condições de trabalho para a supervisão	161
4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	167
5 – SÍNTESE FINAL	187
6 – BIBLIOGRAFIA	195

ANEXOS

- Anexo 1 – Pedido de autorização para recolha de dados nas instituições
- Anexo 2 – Guião de narração do episódio significativo
- Anexo 3 – Resultado da análise de conteúdo (apresentada em disquete)
-

ÍNDICE DE QUADROS	Pág.
Quadro I – N.º de alunos por áreas do ensino clínico	119
Quadro II - Resumo dos episódios significativos	121
Quadro III – Grelha de análise sobre a Representação dos alunos sobre Supervisão	127
Quadro IV - Grelha de análise sobre a Relação em contexto Supervisivo	135
Quadro V – Grelha de análise sobre o Desenvolvimento de Competências no Aluno	141
Quadro VI – Grelha de análise sobre as Competências do Enfermeiro Cooperante	149
Quadro VII – Grelha de análise sobre as Competências do Docente	153
Quadro VIII - Grelha de análise sobre as Estratégias de Supervisão	157
Quadro IX – Grelha de análise sobre as Condições de Trabalho para a Supervisão	162

ÍNDICE DE GRÁFICOS E FIGURAS	Pág.
Gráfico n.º 1 – Caracterização dos alunos por sexo	117
Gráfico n.º 2 – Caracterização dos alunos por idade	118
Gráfico n.º 3 – N.º de ensinos clínicos por aluno	118
Figura 1 - <i>Continuum</i> de maturidade do aluno	73

INTRODUÇÃO

O ensino clínico representa, sem dúvida alguma, a essência da aprendizagem do aluno de enfermagem: promove o contacto com as práticas reais, capacitando o aluno no processo de assimilação de técnicas na prestação de cuidados de enfermagem ao utente, família e comunidade, possibilitando-lhe experienciar essas mesmas técnicas e procedimentos, adquirir maior habilidade e segurança e desenvolver atitudes profissionais.

Os ensinamentos clínicos são constituídos por uma complexa inter-relação de oportunidades, de experiências, de treinos, de observações e de aplicações, de superação de receios. Como a enfermagem é uma ciência humana, relacionada com pessoas e experiências e com uma dimensão do conhecimento que abrange o estado de saúde e doença, é necessária a consciencialização dos alunos para o desenvolvimento de competências de enorme complexidade e responsabilidade.

É nos contactos directos com a realidade, em ensino clínico, fundamentais para esse desenvolvimento, que o aluno, para além de proceder ao aprofundamento constante dos conhecimentos técnicos e científicos, deve também desenvolver a capacidade de analisar criticamente as situações, privilegiando a reflexão *para, na e sobre* a acção.

As escolas de enfermagem, como instituições credíveis na dimensão de saberes, e os serviços, como locais de práticas e acção, devem incrementar estratégias de maneira a que o aluno se torne num profissional competente, responsável e autónomo.

Cabe aos supervisores (docentes e enfermeiros cooperantes) ajudar os alunos a desenvolver as suas aptidões e simultaneamente ajudá-los a crescer ao longo do processo de aprendizagem, com uma visão crítica da realidade que os circunda. No ensino clínico em enfermagem, é muito importante dar ênfase ao pensamento reflexivo dos alunos. É fundamental realçar esta estratégia na prática pedagógica do dia-a-dia, assim como ter a preocupação em formar enfermeiros que destaquem com primazia os elementos que constituem o termo *cuidar*, para que vejam o utente numa perspectiva holística e, acima de tudo, com humanismo.

Os supervisores devem também potencializar a “aprendizagem autónoma”, na qual se dá liberdade ao aluno para construir o seu conhecimento, sem impedimentos e sem exigências morais. O aluno sem imposições antecedentes decide por si aquilo que pretende e aquilo que quer construir. A atitude do docente neste tipo de aprendizagem é assegurar-se que o aluno possui estruturas de conhecimento básicas e fundamentais para agir sozinho e que vai ser responsável perante a autonomia que lhe foi concedida. Em suma, o aluno faz aquilo que quer fazer com a liberdade que lhe permitiram (Sá-Chaves, 2001).

Os ensinamentos clínicos, na formação inicial em enfermagem, devem tornar-se momentos relevantes, imprescindíveis e importantes, dando ao aluno oportunidades para se desenvolver em todas as dimensões da vida profissional. Para tal, necessitam que a supervisão seja entendida por todos (docentes e enfermeiros cooperantes), como um processo de natureza “regulatória” e “auto-regulatória” (Vieira, 1993), que tem como objectivo fundamental o desenvolvimento pessoal e profissional do aluno de enfermagem e como finalidade última a promoção da qualidade das aprendizagens. Para que isso aconteça deve-se *“caracterizar por uma relação interpessoal dinâmica, encorajante e facilitadora de um processo de desenvolvimento profissional e de aprendizagem consciente e comprometido”* (Alarcão e Tavares, 2003:71).

Ao longo do tempo, fomos adquirindo conhecimento e compreensão sobre as dimensões fundamentais que o ensino clínico deve conter e desenvolvendo preocupações com questões relacionadas com o processo de supervisão. Daí surgiu a ideia de fazer um estudo de investigação qualitativo, onde tentássemos identificar e compreender o que os alunos pensam acerca da supervisão que lhes é feita ou da supervisão que gostariam de ter.

Assim, o nosso objecto de estudo é as representações que os alunos do curso de licenciatura em enfermagem têm sobre a supervisão em geral e a relação supervisiva em ensino clínico, a fim de melhor compreender a sua influência no processo de formação.

Para orientar a nossa pesquisa, formulámos questões de investigação e delineámos objectivos. A nossa intenção é conhecer os sentimentos e as emoções dos alunos, assim com a sua opinião sobre a supervisão em ensino

clínico de enfermagem. A influência dos supervisores neste processo, os factores que interferem na relação supervisiva e as competências desenvolvidas pelos alunos, são aspectos que nos propusemos estudar.

A fim de tentarmos compreender o significado que os alunos atribuem às preocupações subjacentes às questões e objectivos formulados e, no sentido de obter reacções espontâneas, baseadas nas suas vivências reflectidas, optámos por lhes pedir que narrassem um episódio que, para eles, tivesse sido significativo. É a supervisão em ensino clínico e a forma como os alunos a percebem que constituem as principais preocupações deste estudo.

O trabalho está estruturado em duas partes. Na primeira parte, apresenta-se a fundamentação e enquadramento teórico; na segunda parte, o estudo empírico.

A fundamentação teórica é constituída por três capítulos, onde procuramos alicerçar e justificar teoricamente a problemática, em consonância com o problema em estudo, abordando aspectos relacionados com a história da evolução das escolas e do ensino de enfermagem em Portugal, relevância do ensino clínico na formação inicial dos enfermeiros, modelos de formação e contorno das reflexões actuais, conceitos de supervisão e supervisão clínica, papel da supervisão no ensino clínico em enfermagem, desenvolvimento de saberes e competências nos alunos através da prática reflectida e em ambiente supervisivo relacional.

O estudo empírico está organizado por vários pontos que seguidamente explicitamos.

O primeiro ponto trata da problemática e dos objectivos de estudo. No segundo, aborda-se a metodologia, descreve-se o tipo de estudo (investigação qualitativa de natureza exploratória-descritiva), a população abrangente e as estratégias de selecção da amostra da população participante (alunos do 4º ano de licenciatura em enfermagem de três escolas de enfermagem do País. Optámos por não mencionar os nomes das escolas que participaram no estudo por motivos éticos e morais). Ainda no segundo ponto abordámos o processo de recolha de dados (através de narrações de um episódio significativo, orientada por um guião de narração).

No terceiro ponto apresentamos a análise dos dados. Dividimos este ponto em três partes.

Na primeira parte, procedemos à caracterização do participante (sexo, idade, número de ensinamentos clínicos por aluno e número de alunos por áreas do ensino clínico). Na segunda parte, faz-se uma caracterização geral dos episódios significativos. Na terceira, uma análise descritiva e interpretativa dos episódios, por cinco áreas temáticas: representação dos alunos sobre supervisão, relação em contexto supervisivo, competências, estratégias de supervisão em ensino clínico e condições de trabalho para a supervisão.

Para finalizar, no quarto e quinto pontos discutimos os resultados e apresentamos as conclusões e sugestões.

Propusemo-nos desenvolver este trabalho de investigação, através do qual pretendemos obter algumas respostas para alguns problemas que se colocam no âmbito de uma temática actual, que já começou a ser reflectida e debatida: a supervisão em ensino clínico em enfermagem.

Consideramos que as nossas limitações, nomeadamente, limitações temporais e profissionais, condicionaram o estudo de alguma forma, mas não permitiram retirar-lhe o interesse e a importância. É um trabalho fundamental e significativo para a nossa prática profissional e o seu propósito é, essencialmente, poder ser mais um subsídio para a reflexão dos supervisores que estão envolvidos no processo de formação inicial em enfermagem. É nossa intenção poder vir a partilhar os resultados com todos aqueles que se interessam por esta área e, sobretudo, pela qualidade da formação inicial dos futuros profissionais de enfermagem.

PARTE I

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1– Breve Historial sobre a Evolução das Escolas e do Ensino de Enfermagem em Portugal

“A farda e a touca branca, outrora veiculados como alguns dos símbolos da profissão, são claramente preteridos em detrimento de outros referentes e valores, o que consubstancia a mudança ideológica, política e social da profissão” (Abreu, 2001:180).

Analisando a história de enfermagem quanto à evolução da formação em contexto escolar e contexto clínico, verificamos que a formação, tem tido um percurso, em que os saberes e os poderes foram conquistados muito lentamente, quase sempre “à volta” dos saberes médicos e também da sua directa dependência. *“São os médicos que vão dar o conteúdo profissional da prática dos cuidados, ao ensinar as enfermeiras tudo o que esperam delas”* afirma Collière (1989:84).

A realidade do princípio do século, em que a dupla pertença da prática de enfermagem, simultaneamente ao modelo religioso e ao modelo médico, marcaram vincadamente o valor social da enfermagem.

As primeiras iniciativas da formação profissional, remontam ao final do século XIX, em que os primeiros cursos de “enfermagem científica”, segundo Ferreira (1986), citado por Graça e Henriques ¹, datariam de 1881, 1886 e 1887, respectivamente nos Hospitais de Coimbra, Lisboa e Porto.

Esta iniciativa partiu das administrações de hospitais das cidades acima referidas, nomeadamente: Hospitais da Universidade de Coimbra, Hospital Real de S. José e Hospital Geral de Santo António da Santa Casa da Misericórdia do Porto. Eram locais de aprendizagem médica, ligados à Faculdade de Medicina de Coimbra e às escolas médico-cirúrgicas de Lisboa e Porto respectivamente.

Utilizavam-se nestes locais processos terapêuticos modernos e assistiam-se doentes de condição social e económica pobre, porque nesta época, quem tinha poder económico não se dirigia aos hospitais: tratava-se na sua própria casa (Soares, 1997).

Os mesmos autores acrescentam que há cem anos atrás, por comparação

¹ <http://www.terraviva.pt/meco/5531/textos62.html>

com países europeus, como a Inglaterra ou a Alemanha, a situação da *enfermagem hospitalar* deixava muito a desejar.

Até aos anos trinta, a formação continuava centrada nos hospitais, seguindo o mesmo padrão, quanto à duração e designação, isto é, cada hospital criava o curso para enfermeiras e enfermeiros, com o programa que melhor lhe parecia responder às necessidades de preparação do seu pessoal de enfermagem, com duração de um ano. A finalidade era:

“preparar o pessoal existente para executar tarefas que excediam os cuidados de higiene pessoal dos doentes, cumprir as prescrições médicas, actuar em situações de urgência, observar e transmitir a informação sobre os doentes(...) tudo o que não dependesse de uma decisão puramente científica” (Soares, 1997:55 e seg.).

O hospital constituía o lugar privilegiado para a aprendizagem do papel que se espera da enfermeira, como salienta Collière: *“Só a formação hospitalar constitui a formação que deve ser a base de todo o serviço social, seja sanitário, social ou de cuidados, porque a vida hospitalar ensina a atitude que a enfermeira deve ter perante o médico”* (1989:108).

Na maioria das escolas (hospitalares), não existia um currículo próprio, não havia um documento organizado, que explicitasse objectivos, conteúdos, metodologias de ensino ou de avaliação. Alguma dessa informação existia de modo disperso em documentos vários. O critério da formação era essencialmente baseado nas necessidades dos clínicos que construíram e fundaram cada um dos cursos e cada uma das escolas. Muitas vezes se usou a terminologia *“criar enfermeiras”* (Soares, 1997).

Em rigor, a primeira Escola Profissional de Enfermeiros nasceu no século XX, por Decreto publicado no Diário do Governo, N.º 204 de 10 de Setembro de 1901, com sede no Hospital Real de S. José, sob proposta de Curry Cabral (Soares, 1997).

A missão era ministrar *“a instrução doutrinária técnica e os conhecimentos de prática que as exigências da ciência actual reclamam”* a todos aqueles que *“tenham de cumprir prescrições médicas ou cirúrgicas e de prestar cuidados de enfermagem”* Soares (1997:35).

O curso tinha a duração de um ano e estava aberto a todas as pessoas: internas, ou seja, empregados (hoje denominados auxiliares de acção médica) do próprio hospital e a indivíduos externos que se convertiam em empregados sem receberem salário. Não houve adesão por parte das pessoas externas.

Em 1918, pelo Decreto n.º 4563, de 9 de Junho, é reorganizada a Escola Profissional de Enfermeiros do Hospital Real de S. José. A primeira passou a designar-se Escola Profissional de Enfermagem e o segundo passou a chamar-se Hospitais Cíveis de Lisboa.

Em 1930, esta escola fica com o nome do seu primeiro professor: Artur Ravara. É determinado em Decreto que a aprendizagem prática passe a ter lugar no Hospital de Santo António dos Capuchos.

Ainda em 1918, mas mais tarde, foi criada a Escola dos Hospitais da Universidade de Coimbra. Procurava-se que uma instituição em tudo semelhante à dos Hospitais Cíveis, fosse implementada no centro do país. Passou a designar Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca.

A Escola de Enfermagem de S. Vicente de Paulo, é fundada em Lisboa, por uma religiosa brasileira, diplomada em enfermagem por uma escola francesa. Considerada pioneira por pôr em prática, um curso de três anos, com um currículo ampliado, no qual eram incluídas matérias de cariz humanístico, como higiene mental, psicologia e sociologia.

A legislação de 1942, Decreto-Lei n.º 32612, de 31 de Dezembro de 1942 teve como objectivo reformar o ensino de enfermagem. As medidas consideradas importantes para a melhoria do ensino fundamentavam-se numa duração de três anos, num currículo único e num exame final nacional. Os conhecimentos transmitidos orientavam-se para dois domínios fundamentais e interligados entre si: a doença e a técnica. Os conhecimentos teóricos centravam-se sobre as doenças e os conhecimentos práticos sobre as técnicas (Collière, 1989). Trata-se de um saber utilitário, subordinado ao saber e interesse médico, um modelo dito biomédico.

Por imposição do Decreto-Lei n.º 36219 de 1947, as escolas e as administrações hospitalares deixam de poder tomar decisões sobre os programas

e conteúdos dos cursos. Estes são a partir desta altura, aprovados pela Inspeção de Assistência Social e únicos para todas as escolas que tutela.

“Além das matérias que se vinham mantendo e que tinham consolidado a sua presença no currículo (anatomia, fisiologia, higiene), incluem agora noções de química e física para as enfermeiras, ciências naturais, bacteriologia e parasitologia, alimentação e dietética, patologia geral e semiologia, noções de farmacologia e terapêutica, prática laboratorial e de análise clínicas, agentes físicos, noções de obstetrícia e puericultura, administração hospitalar, contabilidade, escrituração comercial e dactilografia, noções gerais de assistência e serviço social” (Soares, 1997: 68).

A enfermagem designa-se a partir deste momento de: técnica de enfermagem e técnica de enfermagem especial médica e cirúrgica. A primeira mantém os conteúdos que dizem respeito à higiene e conforto e observação do doente; a segunda está incluída nos conteúdos as doenças dos aparelhos e órgãos (Soares, 1997).

É também a partir desta altura, que disciplinas como Deontologia e Ética, passam a ser leccionadas nas Escolas de Enfermagem, assim como Português e Francês.

Constatámos que os currículos começaram por ter a sua génese nas escolas, em que as disciplinas eram construídas com base em escolhas de matérias que fazem parte do saber médico. Eram os médicos que “inventavam” o currículo dos cursos de enfermagem, aceitando e mantendo um conjunto de saberes próprios do papel tradicional da mulher, integrando os saberes próprios da medicina, indispensáveis ao desempenho que estava, então, destinado à enfermeira (Soares, 1997).

Entretanto os saberes da enfermagem ampliam-se e desenvolvem-se paralelamente ao saber e à especialização médica, sempre com dupla filiação: o saber empírico e técnico e o conhecimento científico. A reforma de 1965 (DL n.º 46448 de 20 de Julho), veio permitir que o ensino e o exercício da enfermagem em Portugal comesçassem a *desmedicalizar-se* e a ganhar maior *autonomia e especificidade*, abrindo-se assim às correntes internacionais, nomeadamente às orientações da Organização Mundial de Saúde e do Conselho Internacional de Enfermeiros.

Esta reforma trouxe grandes avanços na organização e concepção dos cuidados de enfermagem, destacando-se um aspecto inovador, relativamente ao plano de estudos, que visava uma formação mais equilibrada e polivalente do enfermeiro, com menos peso da patologia e de outras matérias do domínio biomédico. A orientação da enfermagem já não é apenas para o hospital, mas também para o exercício de actividades no campo da saúde pública e dos cuidados ambulatoriais. Enfatiza-se a necessidade de uma pedagogia activa e participativa (Graça e Henriques, 1997).

As transformações operadas na sociedade portuguesa, na sequência do 25 de Abril de 1974, também se fizeram sentir no ensino de enfermagem.

“Desde a revolução dos cravos, a enfermagem conquistou, de forma ímpar, um lugar social compatível com as realidades internacionais, designadamente da União Europeia. Em duas dezenas de anos, a profissão conseguiu um estatuto de maioria no âmbito dos contextos de saúde. A formação dos enfermeiros outrora de nível médio, transitou para o sistema educativo nacional ao nível do ensino superior politécnico” (Abreu, 2001:291).

Esta transformação veio garantir o reconhecimento académico dos seus vários níveis de formação, constituindo o “salto” qualitativo de maior relevo para a valorização, reconhecimento e prestígio social, desejado.

Tendo em conta que o estado Português, ao assinar o Tratado de Adesão, se vinculou a respeitar as decisões dos órgãos comunitários, houve necessidade de dar cumprimento às disposições constantes em algumas Directivas Europeias² no sentido da livre circulação de pessoas, o reconhecimento de diplomas, certificados e outros títulos de formação e a livre prestação de serviços. Assim, como primeira decisão, surgiram alguns princípios de orientação geral, publicados no Dec. Lei n.º 320/87 de 27 de Agosto, quanto à duração mínima do Curso de Enfermagem, um curso de três anos, a tempo inteiro, incluindo, de forma integrada, o ensino teórico e prático. No mesmo decreto se enunciam as matérias consideradas, a partir daí, obrigatórias, no ensino teórico e prático e que visam os domínios dos Cuidados de Enfermagem, as Ciências Fundamentais, Ciências Sociais e as valências do Ensino Prático obrigatório.

² Directiva n.º 77/452/CEE; n.º 77/453/CEE; revogadas pela n.º 89/594/CEE

Em 1988 as Escolas de Enfermagem passam a Escolas Superiores de Enfermagem, com autonomia administrativa, técnica, científica e pedagógica, ficando o ensino de enfermagem com a dupla tutela dos Ministérios da Educação e da Saúde. Existindo dois níveis de formação: o Curso de Bacharelato em Enfermagem ³, e o Curso de Estudos Superiores Especializados ⁴, que confere o grau académico de licenciado e correspondendo a uma área de especialização. Curso de Licenciatura em Enfermagem, com duração de quatro anos, foi aprovado em 1999 (Dec. Lei n.º 353/99 de 3 de Setembro), embora o grau de licenciado pudesse ser obtido mediante um Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem desde 1988.

O Curso está estruturado segundo um plano de quatro anos lectivos bi-semesteriais, formando no seu conjunto um todo coerente, com uma estrutura curricular sequencial em conformidade com as competências que caracterizam o profissional de enfermagem.

As matérias obrigatórias para o Ensino Teórico e Prático podem ser particularizadas por cada escola. Assim, os conteúdos poderão ser bastante variáveis, mas torna-se importante que o plano de licenciatura de cada escola seja construído e alicerçado em postulados e pressupostos intimamente relacionados com a prática de cuidados, com os níveis de prevenção, ao longo de todo o ciclo vital, ao indivíduo são ou doente, à família e/ou comunidade. Devendo nele conter as matérias obrigatórias que constam no Dec. Lei n.º 320/87 de Agosto e acrescentando outras, em relação directa com as variáveis demográficas, sociais e epidemiológicas.

Na viragem do milénio, vivemos uma época em que as mudanças científicas, tecnológicas, económicas, políticas e, sobretudo sociais, provocam grandes transformações. Estas fizeram-se sentir também na formação inicial dos enfermeiros, trazendo à escola uma responsabilidade acrescida na definição do seu papel e formas de actuação.

A actual modernização aponta algumas tendências que poderão alterar a morfologia das organizações, dos saberes instituídos, das práticas profissionais e

³ Portaria n.º 195/90 de 17 de Março

⁴ Decreto-Lei n.º 480/88 de 23 de Dezembro

dos espaços-tempo dos contextos de interação. Esses efeitos têm-se sentido particularmente na alteração dos perfis profissionais exigidos. Sabemos que o mundo do trabalho desactualiza vertiginosamente os conhecimentos adquiridos na instituição de educação formal e detecta-se com pertinência que um dos problemas das instituições escolares é o enorme hiato entre elas e as realidades da prática. Os domínios da prática de enfermagem envolvem competências e responsabilidades que devem ser adquiridas na formação inicial dos enfermeiros (Benner, 2001).

É neste sentido que o supervisor dos futuros profissionais de enfermagem tem a obrigação de planejar a realização das funções que lhe são inerentes, de modo a que a formação ministrada faça face às exigências do mercado de trabalho e os prepare para uma prática realista e não meramente idealista.

1.1- A Relevância do Ensino Clínico na Formação Inicial dos Enfermeiros

Não é fácil separar o ensino de enfermagem em Portugal da sua prática. Eles interligam-se e influenciam-se mutuamente. Tem sido um percurso complexo e sabe-se que desde a criação da primeira escola de enfermagem, há mais de um século, um longo e tortuoso caminho foi percorrido.

O cuidado humano remonta ao início da humanidade. *“Desde que surge a vida que existem cuidados, porque é preciso tomar conta da vida para que ele possa permanecer”* (Collière, 1989:27).

Durante milhares de anos os cuidados não pertenciam a uma profissão, era sim comum a todo o ser humano, que ajudava qualquer outro a garantir o que lhe era necessário para continuar a vida.

A formação em enfermagem tem sido acompanhada ao longo dos tempos por duas orientações:

- A orientação para o *tratar/curar* a doença e seus sintomas, vendo apenas a pessoa como tecidos, órgãos e sistemas que estão doentes ou que podem vir a adoecer, em que os cuidados de enfermagem privilegiam os procedimentos técnicos e o cumprimento de prescrições médicas;

- A orientação para o *cuidar* que foca a sua atenção na relação entre quem

cuida e quem é cuidado. Esta orientação está virada para a preocupação com o bem-estar e a preservação, nas melhores condições, da globalidade da pessoa. Considera a técnica, apenas, um dos aspectos do cuidado, passando de uma visão parcelar e patogénica que caracteriza a anterior, para uma visão holística e salutogénica dos cuidados de enfermagem.

Devemos ter a preocupação em formar enfermeiros que saibam sim, aplicar um corpo de conhecimentos técnico-científicos, mas que enfatizem na construção do seu saber, interiorizando também, os elementos que devem constituir o termo *cuidar*, para que se aproximem do utente com uma visão holística e com ele descubram o que para este tem significado na promoção da saúde e da vida.

É nesta perspectiva que devemos nortear os ensinios clínicos na formação inicial em enfermagem, para os tornar relevantes e os revestir de importância, dando ao aluno a oportunidade de se desenvolver em todas as dimensões da vida profissional.

1.1.1 – Os Ensinios Clínicos

A não separação da teoria da prática, nos primeiros tempos da formação em enfermagem, era prática comum, embora isso nem sempre tenha significado benefícios para as alunas de enfermagem, que eram utilizadas como mão-de-obra dos hospitais.

Quando se iniciaram os primeiros cursos de enfermagem, os regulamentos orientavam para as lições semanais teóricas, leccionadas por médicos, mas são poucas as determinações sobre o ensino prático. Não havia coordenação entre teoria e prática. O ensino prático, quando existia, era feito por enfermeiras que pouco sabiam de teoria e não tinham tempo disponível, ou não se interessavam por orientar os alunos. *“A aprendizagem era feita por imitação e repetição das tarefas quotidianas, sem qualquer orientação e relação com os conteúdos teóricos”* (Soares, 1997:70).

Os alunos, que já eram funcionários dos hospitais, assistiam às aulas teóricas semanais, regressando depois às enfermarias para desempenharem apenas as suas tarefas, enquanto que os alunos externos, aqueles que não eram funcionários do hospital, apareciam ocasionalmente nas enfermarias para executarem ou assistirem a algum penso ou outro tratamento.

No curso completo, que era constituído por um ano de práticas, os alunos, tal como referem os Estatutos da Escola Profissional de Enfermeiros de 1901, ficavam entregues aos empregados de enfermagem, efectivos do hospital, que não sendo enfermeiros, desempenhavam essa função, devendo-lhes subordinação. Estava preconizado que as aulas teóricas alternavam com a prática. Esta era feita nas enfermarias previamente designadas pela administração do hospital, conforme as conveniências dos serviços hospitalares. Sempre que o caso a ser estudado o exigisse e o professor do curso o determinasse, os doentes eram encaminhados para a sala de aula, para aí se fazer uma abordagem mais completa sobre o assunto (Soares, 1997).

Nos anos vinte, os estágios eram de carácter obrigatório, das oito da manhã até às oito da noite e na década de trinta, os enfermeiros chefes começaram a ministrar algum ensino prático, como auxiliares dos professores.

As decisões sobre o ensino prático, não eram claras e precisas no currículo, não havia grande preocupação com a componente prática. Os estágios eram mesmo considerados deficientes. Os alunos eram entregues aos hospitais, sem qualquer preocupação pela supervisão desses mesmos estágios. *“Um relatório da Inspeção Social sobre os estágios e aprendizagem prática, neste período, revela de forma muito clara as suas deficiências (...) as preocupações eram sobretudo com a parte teórica do curso (...)”* (Soares, 1997:72).

Em 1949, a Escola de Enfermagem de S. Vicente de Paulo e a Escola Técnica de Enfermeiras, em Lisboa, modificam este panorama e começam a dar relevo aos estágios. Estes são organizados, coordenados com a parte teórica, realizados em serviços seleccionados, de acordo com as necessidades de aprendizagem das alunas, orientadas por enfermeiras professoras da própria escola: as enfermeiras monitoras (Soares, 1997).

Nos períodos de estágio, as alunas para além da prestação de cuidados aos doentes, tinham que fazer também palestras sobre temas diversos relacionados com a manutenção da saúde e prevenção da doença.

Durante os estágios, as professoras começaram também a revelar preocupação com o progresso da aprendizagem das alunas e começaram a efectuar registos sobre o trabalho por elas realizado.

É certo que existiam inúmeros entraves a uma boa realização de um estágio, pois as condições da maioria dos serviços dos hospitais era de carência de material, aliada à *“incompreensão e hostilidade do pessoal de enfermagem, dos médicos e até dos doentes, eram obstáculos que dia a dia era preciso vencer”* (Soares, 1997:73).

Actualmente a estrutura curricular dos Cursos de Licenciatura em Enfermagem, constrói-se em volta de duas grandes vertentes: uma teórica e outra prática. A prática atravessa todo o plano de estudos, o que faz com que não tenha as características puras de estágio profissionalizante e de integração no mundo de trabalho e a transforma em ensino clínico.

A concretização dos ensinamentos clínicos é realizada predominantemente em unidades de saúde (hospitais e centros de saúde), embora alguns também se realizem em lares de terceira idade, infantários, escolas, etc., ou ainda outros locais onde existam projectos articulados com instituições de saúde e que sejam uma mais-valia para o progresso da aprendizagem dos alunos.

1.1.2 - Os Alunos

Como já se referiu atrás, inicialmente os cursos de enfermagem eram dirigidos aos empregados de enfermagem. Pessoas que não detinham a formação específica nesta área, mas que eram já trabalhadores nos hospitais. Não se lhes exigia provas de capacidade, nem grandes conhecimentos. Só concorriam a estes lugares os que não arranjavam melhores alternativas, pois era

uma profissão mal remunerada, com poucas condições de trabalho e que perspectivava um futuro pouco compensador (Soares, 1997).

Em 1863, o Regulamento apenas exigia aos candidatos que soubessem ler, escrever e contar, mas em 1919 na abertura da Escola Profissional de Enfermagem dos Hospitais Cíveis de Lisboa, falou-se já na necessidade dos candidatos possuírem mais instrução e aptidão.

Os candidatos para os cursos de enfermagem em 1928, eram mais de 300 e *“pertenciam a classes como: dactilógrafos, caixeiros e caixeiras, empregados da Câmara Municipal, Alfaiates, vendedores ambulantes (...)”* (Soares, 1997:82).

Para admissão a uma escola de enfermagem em Portugal, eram exigidas várias condições e uma delas prendia-se com o sexo: até final dos anos trinta, admitia-se alunos de ambos os sexos, mas a partir daqui, só se aceitavam mulheres, porque existia a ideia de que a enfermagem só devia ser exercida por pessoas do sexo feminino por influência do que se passava noutros países da Europa e dos Estados Unidos e por se acreditar que o sexo feminino é mais facilmente educável, paciente, disciplinada, ordeira e económica (Soares, 1997).

As mulheres que se candidatassem, tinham também que obedecer aos seguintes critérios: tinha que ser solteira, ou viúva sem filhos.

A idade fixava-se entre os 17 e os 18 anos como limite mínimo e os 25 a 30 anos como limite máximo. Quanto às habilitações literárias só a partir de 1918 passou a ser o exame de instrução primária e depois de 1947 generalizou-se o exame de admissão aos cursos, onde o candidato tinha que comprovar as habilitações escolares. Exceptuando-se a Escola Técnica de Enfermeiras de Lisboa que, desde 1940, exigia às suas candidatas o exame do 2º ciclo liceal.

Outro requisito tinha a ver com o estado de saúde do candidato e com o comportamento moral *“além dos atestados de vacinação (...) certificado de que o candidato não era portador de moléstia contagiosa (...) O bom comportamento moral e civil devia ser comprovado pelo pároco, pelo regedor ou por entidade policial (...)”* (Soares, 1997:89).

Estas condições de admissão prolongaram-se até ao 25 de Abril de 1974, ano a partir do qual se desenrolaram muitas e grandes alterações na enfermagem portuguesa.

Actualmente as condições para a candidatura ao Curso de Licenciatura em Enfermagem rege-se pelo sistema de acesso ao ensino superior e tem a sua base jurídica assente nos princípios gerais que se encontram fixados pelo artigo 12º da Lei de Bases do Sistema Educativo (Lei n.º 46/86, de 14 de Outubro, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 115/97, de 19 de Setembro).

1.1.3 - Formação e Experiência

Wong e Wong (1987), citando vários autores, referem-se ao ensino clínico como um tipo de ensino e aprendizagem que ocorre junto de um utente só ou integrado num grupo ou comunidade. As autoras comentam que o ensino clínico é reconhecido desde longa data como uma componente essencial da educação profissional nos serviços de saúde e que os seus objectivos principais são:

- Preparar os alunos de modo a aplicarem o conhecimento adquirido previamente, nos cuidados prestados aos pacientes;
- Adquirir habilidades pessoais e profissionais, atitudes e valores julgados essenciais para a sua entrada no sistema de cuidados de saúde.

Na nossa perspectiva, vemos a aprendizagem clínica como o núcleo da formação, visto dar aos alunos a oportunidade de consolidar conhecimentos, socializar-se no papel profissional e adquirir valores profissionais.

A formação em enfermagem solidifica-se na e pela prática profissional, pois é através do ensino clínico, que os alunos aprendem como aplicar os conceitos abstractos em situações específicas e concretas.

Bento no seu estudo refere:

“No nosso estudo, os alunos valorizam de forma diferente a influência que a teoria e a prática exercem na aprendizagem do que é a enfermagem. No discurso dos alunos é frequentemente explicitada a ideia de que na teoria lhes é transmitida a informação teórica, mas são os estágios que constituem o espaço e o tempo em que tem lugar a construção do conhecimento.”

(1997:133)

Os contextos de trabalho são locais indicados e mesmo privilegiados para se edificar o saber, constituindo-se aí a ponte para o aluno ultrapassar o conhecimento meramente teórico, descobrindo o modo prático de dar respostas adequadas às situações. Tornando-se assim exequível a transformação do saber cognitivo em saber-fazer cognitivo, ou seja, um saber emergente da reflexão na acção e enquadrado num referencial teórico.

O protagonismo da formação deverá ser dado àqueles que se formam, isto é, aos alunos de enfermagem e a estes, maioritariamente e inquestionavelmente jovens adultos, terão que se adequar as metodologias e estratégias de ensino, de maneira a que atinjam um conhecimento profissional manifestamente qualitativo e espontâneo aumentando a motivação e adesão aos programas educativos.

A este conhecimento profissional qualitativo e espontâneo, Donald Schön chama *conhecimento na acção* (Schön, 1989, cit. em Alarcão, 1996), dado relacionar-se com a reflexão que se realiza enquanto decorre a acção. Tem que se dar respostas a eventos imprevistos da prática. A resolução de um problema numa dada situação pode não ser linearmente transferível para outra situação dado que na prática profissional e nomeadamente na de enfermagem, cada situação é nova. Os alunos têm, pois, de ser *“preparados capazmente, para lidar com situações novas, ambíguas, confusas, para as quais nem as teorias aplicadas, nem as técnicas de decisão e os raciocínios aprendidos, fornecem soluções lineares”* (Schön, 1989, cit. em Alarcão, 1996: 14).

Esta preparação do aluno de enfermagem através da prática nos ensinamentos clínicos torna-se benéfica e proporciona o contacto com as tais situações novas, confusas e ambíguas, visto que o trabalho em ambiente hospitalar, além de compreender acontecimentos mais ou menos complexos, é repleto de imensas situações imprevisíveis. Ao conviver de perto com a vida, a doença e a morte em circunstâncias muitas vezes adversas, o aluno aprende e adquire vivências experienciadas no mundo real.

Salientamos ainda outro factor de extrema importância, que diz respeito à circunstância de que, para muitos alunos, o ensino clínico constituir a primeira aproximação ao ambiente hospitalar, podendo desencadear estados de angústia, ansiedade e medo.

Assim, constatamos que é no contexto do exercício profissional, no encontro face a face do aluno com o utente, com a profissão e com a organização, que se produz a síntese do saber (Martin, 1991).

Da análise elaborada nesta secção, ressalta a relevância que o ensino clínico possui na formação inicial dos enfermeiros, dada a experiência que os alunos aí adquirem. Citando a autora acima referenciada, ela considera o ensino clínico como *“um meio privilegiado na formação dos alunos de enfermagem, permitindo-lhes adquirir habilidades para actuar no mundo real onde a profissão acontece”* (Martin, 1991:162).

Esta autora identifica três características que conferem ao ensino clínico especificidade e destaque: a)- Permite um ensino individualizado; b)- Possibilita um contacto privilegiado pessoa a pessoa; c)- Favorece a relação teoria prática que é trabalhada momento a momento.

Estas características, fundamentais para a construção do conhecimento profissional, são difíceis de conseguir noutros contextos pedagógicos. Permitem o alargamento do domínio do saber nas dimensões científicas, técnicas, de desenvolvimento pessoal e interpessoal, incluindo estas últimas a dimensão psico-afectiva e relacional.

Como a formação em enfermagem não depende só da escola, isto é, a formação dos alunos de enfermagem caracteriza-se pela alternância entre períodos de ensino na escola com aulas teóricas, teórico-práticas e práticas e períodos de ensino clínico em diferentes instituições de saúde e considerando-se os períodos de ensino clínico como momentos de extrema importância para a aprendizagem, a supervisão dos ensinamentos clínicos actualmente é realizada por docentes das escolas de enfermagem e pelos enfermeiros dos serviços. Os primeiros têm um papel importante na formação dos alunos, mas necessitam do apoio dos enfermeiros dos serviços, numa tentativa de articulação da teoria à prática.

Não podemos negar que são na grande maioria das vezes os enfermeiros dos serviços que servem de exemplo aos alunos. Concordamos com Basto (1995), citada por Bento, quando afirma:

“Hoje não tenho qualquer dúvida de que, apesar do docente ter uma função primordial na formação (...) não são os docentes o principal modelo de enfermeiros para os alunos. Os principais modelos para os alunos na formação de base e pós-básica são os enfermeiros que prestam cuidados de enfermagem nos serviços” (1997:138).

Sendo os enfermeiros dos serviços os principais modelos para os alunos, ressalta a importância da formação contínua, do desenvolvimento de capacidades e da experiência, que deve redundar nas competências e responsabilidades que os domínios da prática de enfermagem envolvem e que necessitam ser desenvolvidos ao longo da vida profissional, para que as implicações no processo de ajudar o aluno a aprender sejam positivas e *“ricas em matrizes complexas de formação integradora de múltiplos saberes e de diferenciados tipos e níveis de competências (...) e atender ao quadro de valores que organizam (...) os princípios reitores das práticas profissionais (...)”* (Sá-Chaves, 2000: 88).

2 - Modelos de Formação

“É necessário pensar modelos de formação que permitam ao formando desenvolver e/ou adquirir os instrumentos conceptuais e competências que lhes permitam conceber/decidir os cuidados a prestar à pessoa em função de cada situação concreta e simultaneamente pensar e agir nos contextos de trabalho promovendo alterações e/ou rupturas na sua forma de organização que possibilitem o concretizar dos projectos de acção que a função independente esboça” (Bento, 2001:28).

A palavra modelo, originária do latim *modellus*, significa maneira de ser de alguma coisa. Para Daniel (1987:19), genericamente, um modelo *“é uma representação simbólica de qualquer ideia.”*

Tracy (2002:20 e seg.), afirma que *“Os modelos nos permitem compreender os elementos e as dinâmicas de um sistema – quer o sistema seja um modo de ensinar, de supervisionar ou de gerir uma organização.”*

Os modelos desenvolvem-se normalmente a partir da observação atenta da interacção entre a teoria e a prática e devem ser vistos, antes de mais, como quadros de referência, ou seja, estruturas teóricas de orientação para a prática. Nunca poderão ser entendidos como uma norma fixa e eterna para a melhoria da formação ou da prestação de cuidados. Devem ser revistos, transformados e adaptados, consoante o avanço das novas tecnologias em saúde, segundo o progresso da ciência e conforme se vai adquirindo novas experiências.

Ferry (1987) considera diversos modelos teóricos, tendo por referência não os propósitos nem os objectivos da formação, nem a estrutura do dispositivo, nem a natureza dos conteúdos, mas o tipo de processos e a sua dinâmica formativa. Distingue três modelos de formação que, embora mais perspectivados para a formação de professores, nos parecem equiparados com os modelos de formação para enfermeiros, por se centrarem nas dinâmicas do processo educativo. São eles: o modelo de formação centrado nas aquisições, o modelo centrado no processo e outro modelo ainda, centrado na análise.

Nesta secção sobre modelos de formação, vamos também abordar o modelo ecológico de desenvolvimento, por nos parecer que este, ao ter como finalidade a promoção do desenvolvimento pessoal e profissional do aluno através do

contacto com contextos variados e outros indivíduos, ampliando o seu campo de entendimento e a sua determinação para a acção reflectida, deve ser incluído nesta análise, pela sua pertinência e actualidade.

2.1 - Modelo Centrado nas Aquisições

Trata-se de um modelo behaviorista e inspirador das práticas de formação mais tradicionais.

O professor, a quem é exigida uma elevada competência científica, é quem ministra os conteúdos. Pode utilizar métodos tradicionais ou activos. A sua prática é traduzida só no ensino programado.

Os conteúdos e os objectivos da formação são pré-determinados e organizados em programas pela entidade formadora. Não se valoriza a experiência dos formandos.

A noção de aprendizagem é tomada num sentido muito estrito. Aprender é a aquisição de um saber, organizado em função do apuramento de resultados comprovados e aferidos e traduzidos em resultados esperados, que são definidos pelos domínios cognitivo, afectivo e psicomotor.

Esta progressão da aprendizagem é feita por etapas e segundo critérios definidos pelo próprio formador e traduz-se por um controlo e avaliação realizadas por este.

No modelo centrado nas aquisições, entende-se que a formação equivale a adquirir ou aperfeiçoar um saber, uma técnica, um comportamento ou uma capacidade.

Trata-se de uma aprendizagem institucionalizada, na qual a prática é uma aplicação da teoria e os programas e objectivos emergem da prática da profissão.

2.2- Modelo Centrado no Processo

A noção de aprendizagem neste modelo, de inspiração construtivista, não se limita às aprendizagens pré-definidas. Acrescenta o valor formativo do percurso,

no qual as aprendizagens têm um sentido mais amplo, não as reduzindo aos produtos.

O formando não é reduzido à situação instrutiva. Este modelo apoia-se na concepção da formação como apropriação pessoal do sujeito em formação. Prevalece o desenvolvimento da personalidade e salienta aspectos como a maturidade e capacidade para enfrentar e resolver problemas complexos. Estimula a criatividade e a prossecução de projectos individuais, sendo o aluno incitado a assumir a responsabilidade pela sua formação.

O formador identifica-se com o modelo tutorial, tanto individualmente como em grupo e adopta a posição de orientador, animador, conselheiro e recurso. Proporciona actividades a experienciar pelos formandos, no sentido de desenvolver capacidades de adaptação e fazer face a situações novas e imprevisíveis e não apenas para adquirir saberes.

2.3- Modelo Centrado na Análise

No modelo centrado na análise, o processo formativo é variável: enfatiza momentos de análise, como forma privilegiada de comando, no sentido de mobilização de outras aprendizagens e considera a formação mais do que uma apropriação pessoal, ensinando o formando a distanciar-se da realidade, no duplo papel de actor e de observador.

A pedagogia, centrada na análise, encontra a sua base na articulação entre teoria e prática, numa relação reguladora, em que nem a prática nem a teoria são formadoras em si mesmas. Só o serão se, em relação dual, se completarem: a prática/teorizante e a teoria/praticante.

Alia os modelos informativos e experienciais, em que o formando, ao modificar as suas percepções e representações, simultaneamente se transforma. Mais do que "aprender a aprender", desenvolve a auto-análise, auto-reflexão e o saber descobrir por si próprio o que necessita e deseja aprender. Uma "caminhada" de aprendizagem, formação e desenvolvimento, que ninguém pode

fazer por eles (Alarcão, 1991), mas que dificilmente o poderiam fazer sozinhos (Sá-Chaves, 2000).

2.4- Modelo Ecológico de Desenvolvimento

No modelo ecológico de desenvolvimento é imprescindível, ao elaborarmos a sua análise, abordar antes de tudo, os contextos que lhe são implícitos e que ajudam a caracterizar este modelo, bem como as suas relações inter-sistémicas.

Os contextos que, no seu conjunto, formam o *“ambiente ecológico”* (Bronfenbrenner, 1979, cit. em Alarcão e Sá-Chaves, 1994:206) assumem uma grande importância e são fundamentais, diríamos mesmo determinantes, no desenvolvimento pessoal e profissional de qualquer aluno.

O ambiente ecológico é como *“uma série de estruturas aninhadas que se encaixam umas nas outras. Umas, mais próximas do sujeito, são por ele experienciadas directamente; outras, mais afastadas, não deixam de influenciar as condições do seu desenvolvimento”* (Alarcão e Sá-Chaves, 1994:206).

Estas estruturas articuladas e embutidas que compõem o ambiente ecológico, ou seja: *“uma estrutura de conjunto, global, concêntrica (...) contexto mais imediato (...) a que chama micro-sistema, e contextos menos imediatos que designa por exo-sistema e macro-sistema. (...) micro-sistemas que atravessa as fronteiras de diferentes contextos, Bronfenbrenner chamou meso-sistema”* (Alarcão e Sá-Chaves, 1994:206 e seg.).

Analisámos os estudos realizados por Alarcão e Sá-Chaves (1994) e Formosinho (2002), sobre estas estruturas concêntricas que formam o ambiente ecológico, conceptualizadas por Bronfenbrenner (1979) e resumidamente temos que:

O micro-sistema é aquele contexto imediato, isto é, o ambiente onde o indivíduo estabelece relações directas, como, por exemplo, o lar ou a escola. Aí o sujeito experiencia uma vasta e complexa gama de actividades, papéis e relações.

“O microsistema é, assim, a primeira estrutura do ambiente ecológico, uma realidade vivencial cuja importância reside na importância que o sujeito dela constrói” (Formosinho, 2002:100).

O meso-sistema é definido como um sistema de micro-sistemas, isto é, o mundo das inter-relações entre os micro-sistemas em que o indivíduo participa activamente (Alarcão e Sá-Chaves, 1994).

O exo-sistema é um contexto menos imediato. *“Refere-se aos ambientes que, sem implicarem a participação activa do sujeito, a afectam ou por ela são afectados”* (Alarcão e Sá-Chaves, 1994:206). São disso exemplos: a comunicação social e os transportes públicos: *“ (...) são contextos que, embora não experienciados directamente (...) são palco de situações que afectam ou são afectados pelo que ocorre nos micro e mesossistemas”* (Formosinho, 2002:100).

O macro-sistema *“é constituído pelos valores, crenças, estilos de vida e elementos culturais vigentes, isto é, pelos protótipos gerais que subjazem às estruturas ou actividades que ocorrem nos vários contextos”* (Alarcão e Sá-Chaves, 1994:206).

Se aplicarmos o modelo ecológico à supervisão dos ensinos clínicos em enfermagem, veremos a importância que apresenta este sistema de relações entre os micro-sistemas ou o seu conjunto, denominado meso-sistemas.

No micro-sistema produzem-se interacções entre o aluno, o docente, o enfermeiro cooperante, o doente e o conhecimento. *“Uma interacção que leva alguém a aprender, sustentada por outrém, pensando-se que o sucesso estava dependente, apenas desta relação”* (Sá-Chaves, 2001:comunicação em aula).

Nesta perspectiva, consideramos que o bem-estar físico e mental do aluno se adquire nas interacções intrínsecas do micro-sistema, através da ajuda, acompanhamento, orientação, disponibilidade que todos os intervenientes no processo se propõe a dar.

No meso-sistema verifica-se um conjunto de interacções muito mais abrangentes que a do micro-sistema, uma espécie de micro-sistemas que atravessam as barreiras de diferentes contextos. O desenvolvimento do aluno também é influenciado pela dinâmica estrutural, organizacional, administrativa, etc., da escola, dos hospitais e centros de saúde.

Assim como o exo-sistema ou “exo-contexto”, (Sá-Chaves, 2001, comunicação em aula) também muito importante, pois assuntos como a articulação das escolas superiores de enfermagem com os hospitais e centros de saúde, as directivas da política de saúde, etc., influenciam o aluno de enfermagem. Bem como as relações com a comunidade onde ele está a viver. Nessa comunidade existem factores como, por exemplo, os factores demográficos, geográficos e sócio-económicos que o aluno transporta consigo e pelos quais é influenciado.

Quanto ao macrossistema, também ele influencia o comportamento do aluno de enfermagem, já que, este se encontra inserido numa sociedade onde existem elementos culturais vigentes e é confrontado e directamente implicado com todos os aspectos subjacentes à convivência social, à conjectura política, histórica e cultural. Alarcão e Sá-Chaves (1994:208) reforçam esta concepção, citando Bronfenbrenner (1993:25), que se inspirou na tese de Vygotsky, e que citamos: *“o desenvolvimento do indivíduo é condicionado pelo contexto histórico-cultural em que lhe é dado viver.”*

Não podemos negar a importância de todas estas relações sistémicas entre os contextos para o desenvolvimento profissional. A ecologia do desenvolvimento profissional envolve o estudo do processo de interacção entre o aluno e o ambiente sempre em transformação. O desenvolvimento do ser humano tem a ver, directa e indirectamente, com os seus contextos vivenciais (Bronfenbrenner, 1979, cit. em Alarcão e Sá-Chaves, 1994).

Alarcão e Sá-Chaves (1994), apoiadas num estudo de Alarcão e Tavares (1987), adaptaram o conceito de ecologia do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner ao contexto da supervisão, porque *“é possível encontrar semelhanças entre o desenvolvimento da criança e o desenvolvimento do professor (...)”* (Alarcão e Tavares, 1987, cit. em Alarcão e Sá-Chaves, 1994:210).

Ao nível da formação inicial dos enfermeiros, também é possível conseguir esta analogia entre o desenvolvimento da criança e o desenvolvimento do aluno de enfermagem, pois a sua experienciação pessoal e profissional ocorre em contextos diferentes, com actividades e funções diversificadas, acompanhadas de

reflexão, tornando-se todos estes aspectos necessários à conversão de um aluno em enfermeiro.

Da adaptação efectuada acima referida, surgiu um novo conceito: “o *ambiente ecológico da formação supervisionada*” (Alarcão e Sá-Chaves, 1994).

Este consiste nas relações que se constituem entre as interacções que ocorrem nos micro-sistemas, sobretudo no micro-sistema considerado como o local de trabalho, e as relações com as variáveis nele introduzidas por influências ou alterações que têm lugar nos outros sistemas (Alarcão e Sá-Chaves, 1994).

Continuamos a constatar que o modelo ecológico tem, na sua essência e como vertente principal, as relações sistémicas entre os contextos. Daí, acharmos importante mencionar de que maneira o modelo ecológico de supervisão pode ser construído.

Formosinho (2002:101 e seg.) refere que o modelo ecológico para a supervisão se constrói com base em vários pontos de partida: “O *reconhecimento da importância dos contextos profissionalizantes significativos da estagiária (...) O reconhecimento da importância das interacções e comunicação entre esses contextos (...) O reconhecimento da importância da influência doutros contextos culturais e sociais (...)*”

Neste modelo, que tem como finalidade promover o desenvolvimento pessoal e profissional do aluno, e que permite evidenciar as semelhanças entre o desenvolvimento da criança e o desenvolvimento do professor ou do enfermeiro, temos que atender às *transições ecológicas*.

“A inserção do sujeito em diferentes contextos ocasiona o desempenho de novas actividades, a assunção de novos papéis e o estabelecimento ou a re-estruturação de outras relações interpessoais. Estas situações possibilitam transições ecológicas (...)” (Alarcão e Sá-Chaves, 1994:208).

Também no contexto da formação de professores (enfermeiros) se pode falar de transições ecológicas sempre que o professor (enfermeiro) participa num novo contexto e nele assume novos papéis, realiza novas actividades e entra em contacto com outras pessoas (Alarcão e Sá-Chaves, 1994).

As transições ecológicas são importantes, na medida em que é benéfico contactarmos com outras realidades, outras pessoas: estimula-nos e induz-nos a ampliar as nossas “fronteiras”.

Esta afirmação é verdadeira para qualquer um, mas assume uma importância muito grande quando falamos em profissionais da saúde, porque novos conhecimentos, a assunção de atribuições diversificadas, em suma, o ingresso em novos contextos, traduz-se beneficentemente, sobretudo naquele princípio que Sá-Chaves (2000) chamou de “*efeito multiplicador da diversidade*”.

Consideramos que as consequências do contacto com outras e novas realidades provocam, num indivíduo, alargamento do campo do entendimento e um diligente discernimento para a acção reflectida.

Sabemos que as transições ecológicas na vida de uma pessoa são constantes, mas a especificidade desta transição ecológica de aluno a enfermeiro “*é um elemento central no processo de aprendizagem profissional (...)*” (Formosinho, 2002:102).

Espera-se que os ensinamentos clínicos ajudem a transição ecológica para a vida profissional, pois tal como refere Formosinho (2002:102): “*A prática (...) final é concebida como facilitadora da transição ecológica do contexto da instituição de formação para o contexto da profissão (...)*”.

A prática onde o aluno de enfermagem realiza as várias actividades que o apoiam progressivamente a contactar com outras pessoas e simultaneamente a ver-se envolvido no desempenho de papéis diferentes, facilita a transição ecológica, alterando a sua maneira de observar, perceber e agir: “*Ao nível da acção, com as transições ecológicas aumenta a capacidade de os formandos empregarem estratégias adequadas à realidade percebida*” (Sá-Chaves, 2000:153).

Neste modelo em que, através da ecologia, isto é, através das relações sistémicas entre os contextos, se origina a sustentabilidade para se alicerçar um bom e considerável desenvolvimento pessoal e profissional no aluno, o factor experientiação através da prática, apoia os alunos na transição ecológica para a vida profissional “*este é o primeiro passo da formação contínua, concebendo,*

assim, a formação como um processo ao longo da vida (life-long learning process)” (Formosinho, 2002:103).

2.5 - O Contorno das Reflexões Actuais

A palavra formação tem vindo a merecer uma revitalização crescente, principalmente nos últimos tempos. Aparece associada a educação (educação e formação), evoca contextos diferenciados (formação inicial, formação contínua, formação especializada, formação profissional, formação em contexto de trabalho, formação em alternância) e traduz uma continuidade no tempo, na expressão, formação ao longo da vida, como já referimos anteriormente.

Reconhece-se, que a educação tem de ser particularmente formativa e não tão-somente informativa. Reafirma-se o valor da formação como um factor de desenvolvimento pessoal, profissional. Indo até mais longe, a formação induz ao desenvolvimento dos países e consequentemente do mundo.

Os modelos de formação em enfermagem ainda pensados numa lógica de tipo transmissivo e imitativo, isto é, baseados na autoridade que prescrevem a enfermagem “como deve ser”, esperando que o aluno a reproduza mais tarde nos contextos de trabalho, deve ser questionada, pois formar para conceber, para executar e para avaliar cuidados de enfermagem, baseados no próprio saber de enfermagem, pressupõe pensar outros modelos de formação (Bento, 2001).

Os modelos de formação dos enfermeiros, ao aproximarem-se muito dos modelos que se centram nas aquisições, isto é, em que a formação é entendida apenas como aquisição ou aperfeiçoamento de um saber, uma técnica, um comportamento ou uma capacidade, pode ser o motivo de afirmações como a de Bento (2001:30):

“(…) me permite hoje dizer, fundamentada na evidência científica, que no âmbito das práticas formativas é a formação em ensino clínico que, actualmente, mais insatisfação gera quer nos formandos, quer nos seus formadores e nestes incluo, como não podia deixar de ser, quer os docentes quer os enfermeiros que nos contextos de estágio participam na formação.”

Esta insatisfação surge devido a aspectos relacionados com a dicotomia entre serviços e escolas de enfermagem, que redundam na dicotomia entre a teoria e a prática.

Os alunos percebem “pensar” e “fazer” enfermagem de maneira diferente. No discurso teórico referem-se à enfermagem como dirigindo-se à pessoa, na prática afastam-se dessas concepções e descrevem os cuidados prestados como um conjunto de tarefas estandardizadas, parecendo apropriar-se da acção repetitiva, porque os alunos dão grande importância ao que vêem fazer e aos aspectos técnicos e aprendem essencialmente por imitação com os enfermeiros dos serviços (Bento, 2001), (Franco, 2000).

É necessário pensar modelos de formação que formem enfermeiros para o nível prático e que impliquem a formação em enfermagem de forma a: formar para a autonomia, para a mudança, para a participação activa na produção e utilização dos saberes, para a qualidade e para o desenvolvimento pessoal, em que haja exercício e respeito por todos os valores (Bento, 2001).

A “galopante” evolução da formação em enfermagem no nosso País no final do século XX, levanta a questão dos modelos da prática, como base para o modelo de formação. Bento (2001:30) refere: *“Verifica-se um afastamento entre os modelos conceptuais veiculados pela escola e os emergentes nos contextos de trabalho.”*

Este assunto tem sido difundido e discutido entre os enfermeiros, pois ressaltam de imediato situações que geram polémica: a utilização de uma abordagem comum entre todos os intervenientes, ou seja, entre os alunos, docentes e enfermeiros e o ajuste constante entre o modelo da prática e o modelo de formação.

Nesta secção, em que estamos a abordar o âmbito das reflexões actuais respeitante a este assunto relacionado com os modelos de formação, cabe-nos questionar: para quando a concepção e ajuste de modelos entre as escolas de enfermagem e os serviços onde os alunos se formam em contextos de prática?

Como construir quotidianamente esse modelo de formação que forme enfermeiros para o nível prático?

Se alcançar a identidade e o saber profissional significa desenvolver capacidades e adquirir comportamentos de maneira a prestar cuidados de enfermagem de forma lúcida, responsável e reflectida, teremos que pensar em modelos de formação que:

- Provoquem avanços progressivos nos alunos, isto é, o processo de formação deverá apontar no sentido do simples para o complexo, finalizando com a aquisição de competências, ou seja, diz-se completo no momento em que o aluno sabe mobilizar os conhecimentos de maneira oportuna e revela capacidades para organizar, seleccionar e integrar esses mesmos conhecimentos de forma útil.

É um futuro profissional que vai gradualmente formando a sua consciência ao tomar contacto com as problemáticas e dilemas dos contextos da saúde e que finalmente vai saber agir correctamente em situações imprevisíveis e que vai conseguir ajustar-se a toda e qualquer conjuntura mais ou menos favorável que entretanto lhe surja.

- Se preocupem com aspectos comuns aos diferentes modelos de enfermagem e às concepções teóricas que lhes estão subjacentes, como o modelo holístico ou o modelo biomédico (este ainda muito presente nos modelos de formação em enfermagem) e adoptar-se, com a participação dos alunos, um modelo teórico como guia para a prática dos cuidados de enfermagem que deveria acompanhar toda a formação (Ribeiro, 1995).

- Se interessem em enfatizar momentos de análise e considerem a formação como uma circunstância sistematizada, em que o aluno deve desenvolver em determinadas situações a auto-análise, a auto-reflexão e o saber descobrir por si próprio o que necessita e deseja aprender, permitindo assim que o aluno se assuma como o sujeito da formação em interacção permanente com os outros e com o meio.

Pelo que foi referido, pensamos que esta discussão em torno dos modelos de formação em enfermagem poderá ser ultrapassada e com certeza conseguir-se-á superar algumas divergências através de um esforço e de uma vontade comum. Como afirma Bento (2001:29), pela “ (...) *necessidade de questionar as nossas práticas pedagógicas, reflectindo na e sobre a acção desenvolvida podemos,*

também nós, em parceria com os formandos aprender uma nova forma de “fazer” a formação.”

3 – Supervisão no Ensino Clínico em Enfermagem

“A supervisão implica uma visão de qualidade, inteligente, responsável, livre, experiencial, acolhedora, empática, serena e envolvente de quem vê o que se passou antes, o que se passa durante e o que se passará depois, ou seja, de quem entra no processo para o compreender por fora e por dentro, para o atravessar com o seu olhar e ver para além dele numa visão prospectiva baseada num pensamento estratégico” (Alarcão e Tavares, 2003: 45).

Face às constantes transformações científicas, tecnológicas, económicas e políticas, da nossa época, novas exigências e desafios se apresentam às actuais escolas de enfermagem.

Analizando estas transformações na conjectura actual no que concerne aos contextos da saúde e estando atento às mudanças que se têm vindo a verificar, relativamente a aspectos como:

- O aumento de complexidade dos problemas de saúde dos indivíduos, bem como todas as complicações que poderão daí advir;
- O avanço tecnológico;
- Outros factores de cariz mais logístico, como: instituições de saúde com insuficiência de enfermeiros, com dificuldades económicas, escolas de enfermagem sobrelotadas de alunos e com o mesmo número de docentes, etc.

Todos os aspectos referidos, compõem um vasto leque que podem coagir e condicionar a aprendizagem dos alunos em contexto prático, podendo vir a pôr em causa a formação em enfermagem e que se traduzem num grande desafio não só para os docentes, mas também para os enfermeiros dos serviços de saúde e alunos de enfermagem.

Para responder afirmativamente a estas mudanças, um novo estilo de acção está a ser exigido aos docentes das escolas de enfermagem que acompanham o ensino clínico, no sentido de serem capazes de gerar soluções pedagógicas e formativas que contribuam para o progresso escolar e consequentemente para o desenvolvimento dos alunos.

Os docentes, enquanto mediadores activos, criativos, críticos e reflexivos (Alarcão e Tavares, 2003) devem assumir estas mudanças e certificar um ensino clínico de qualidade para todos os alunos.

Para tal, devem eles próprios apresentar os conhecimentos e as características que um supervisor deve manifestar e assegurar-se que, a supervisão do ensino clínico está entregue a um enfermeiro do serviço que reúna também esses mesmos conhecimentos e características essenciais para promover o processo ensino-aprendizagem com êxito.

3.1 – Emergência dos Conceitos de Supervisão e Supervisão Clínica

O conceito de supervisão reveste-se, habitualmente, de conotações indesejáveis para a maioria dos comuns mortais. A ele andam ligados ideias do tipo: inspecção, avaliação e controlo. Daí, por vezes, a resistência encontrada na aceitação do uso deste termo. Na profissão de enfermagem, deparamo-nos também com esta posição relativamente ao conceito de supervisão, até pela análise da própria carreira de enfermagem, em que ao enfermeiro supervisor, são atribuídas funções regulamentadas, meramente de gestão, controlo e avaliação.

Apesar da designação de “supervisão” no âmbito da formação de professores, onde é mais utilizado, remontar aos anos 30, só se vulgarizou com o desenvolvimento do modelo de “supervisão clínica” nos Estados Unidos da América, a partir dos anos 50. Em Portugal o uso deste termo é recente e tem recebido uma aceitação crescente (Vieira, 1993), tendo sido sistematicamente utilizado por Alarcão desde os anos 80.

Mas a supervisão continua a ser sinónimo de “poder superior”, havendo necessidade de se modificar esta maneira de pensar, relativamente à supervisão em enfermagem. Quanto à formação de professores, já se encontram algumas pesquisas feitas nesta área, pois tal como refere Vieira (1993:28) *“A divulgação de estudos especializados e a criação de cursos de pós-graduação em supervisão têm contribuído, de forma significativa, para uma clarificação e para a crescente vulgarização e aceitação do termo.”*

Esta clarificação do termo supervisão, norteadas para uma vertente mais aceitável e acolhedora, começou já a integrar o referencial dos enfermeiros, até porque como refere Vieira na citação acima apresentada e em que faz alusão aos

professores, também os enfermeiros, actualmente, participam em cursos de pós-graduação em supervisão e divulgam estudos realizados nesta área.

A área da supervisão encontra-se desenvolvida e mais ampliada no âmbito da formação dos professores. Algumas das definições referidas neste trabalho e que abordam a supervisão em contexto da formação de professores, são em muitos aspectos transferíveis e adaptáveis ao campo da enfermagem, daí o facto de as mencionarmos e de as projectarmos para o mundo dos enfermeiros.

As características conotadas pela maioria dos cidadãos, que são, tal como refere Alarcão (1995:5): *“concepções afins de superioridade e hierarquização, normatividade e transmissividade, imobilismo e reprodução de práticas, inflexibilidade e desumanização”* é, por vezes ainda, o quadro conceptual de Supervisão, interiorizado e vigente, que provoca em certos sectores fenómenos de rejeição ou de desconfiança, porque se associa, de imediato, supervisão a chefia. Urge esclarecer este conceito e remeter para:

“ não a ideia de hierarquia de poderes e de saberes de quem é suposto supervisionar (ideia que se colou negativamente ao conceito de supervisão), mas sim, o conceito de distanciamento entre observador e observado, que permite o alargamento do campo de análise e a possibilidade da sua compreensão sistémica e contextualizada” (Sá-Chaves, 2000:125).

Tal efeito de distanciamento facilita a compreensão dos fenómenos em estudo pela maior amplitude e abrangência das interpretações e, simultaneamente, elimina qualquer hipótese de contaminação da análise, que a proximidade sempre comporta. Deverá ser um distanciamento atento, pois uma atitude supervisiva pressupõe *“um atento e abrangente olhar que contemple e atente ao perto e ao longe...”* (Sá-Chaves, 2000:125).

Pensar Supervisão e praticar Supervisão não é olhar de cima para baixo e pressionar o formando a reproduzir acriticamente as práticas dos seus mentores, não é orientar formandos, com base na inspecção e possível punição e/ou retaliação; é, antes de tudo, ser conselheiro, regulador e mediador (Sá-Chaves, 2000), responsável, disponível para a formação, alguém que sabe gerir a orientação formativa, que sabe cuidar e ajuda a motivar (Abreu, 2001).

Para Alarcão e Tavares (2003:16), supervisão é (no contexto da formação de professores):

“o processo em que o professor, em princípio mais experiente e mais informado, orienta um outro professor ou candidato a professor, no seu desenvolvimento humano e profissional.”

Ao transferirmos esta definição para o contexto da formação dos enfermeiros e após uma cuidada análise, constatamos que o podemos fazer sem dúvidas, pois também nesta situação, a supervisão é um processo em que o docente de enfermagem ou enfermeiro cooperante, que partimos do princípio que é uma pessoa mais experiente e mais bem informada, que orienta um futuro profissional de enfermagem, ou seja, um aluno de enfermagem, ou mesmo outro enfermeiro, no seu desenvolvimento humano e profissional.

Fermin (1980:15, cit. em Franco, 2000:33) considera que a supervisão é um trabalho *“de ajuda e assistência (...) destinando-se a atingir a melhoria dos resultados do processo ensino-aprendizagem, mediante um trabalho cooperativo”*.

Na opinião de Blumberg (1980, *ibidem*), a supervisão (neste caso, de trabalhos de investigação) é um processo de:

“ajudar outras pessoas (...) uma partilha na investigação, na qual duas pessoas comparam as suas alternativas e nas quais o orientador é simplesmente uma pessoa que tem mais experiência na conduta da investigação”.

Relativamente às características que um supervisor deve possuir, a receita do *“supervisor à moda antiga”*, referida por Vieira (1993:29) que inclui *“alguns ingredientes essenciais: qualidade de ser professor, experiência de ensino, perspicácia, inteligência (...)”*, foi colocada em questão por esta autora, porque, refere ela :

“o supervisor desempenha um papel demasiado importante para possuir apenas aquelas características pessoais e alguma experiência de ensino (...) questionamos esta imagem (...) pela subjacente falta de formação específica e pela frequente mediania de actuação profissional a ela associadas” (p. 29).

À experiência, perspicácia, inteligência, sensatez, simpatia, perseverança e imaginação, deve-se também acrescentar aos ingredientes da receita do

supervisor para deixar de ser “à *moda antiga*”, uma postura reflexiva e uma formação especializada.

A mesma autora, entende que a supervisão no contexto de formação de professores, pode definir-se como a “ *actuação de monitorização sistemática da prática pedagógica, sobretudo através de procedimentos de reflexão e experimentação*” (Vieira, 1993: 11 e seg.).

Franco, no seu estudo sobre orientação dos alunos em ensino clínico de enfermagem e auxiliado por este conceito de Vieira (1993) define supervisão como:

“o processo em que uma pessoa experiente e bem informada orienta o aluno no seu desenvolvimento humano, educacional e profissional, numa actuação de monitorização sistemática da prática, sobretudo através de procedimentos de reflexão e experimentação” (2000:33).

Garmston et al (2002:23 e seg.) citando Bolin e Panaritis (1992) afirmam:

“no início desta década, existiam apenas duas áreas nas quais se verificava um vago consenso relativamente à supervisão. Em primeiro lugar, o facto de a supervisão estar, sobretudo, preocupada com o melhoramento da prática (...) para benefício dos estudantes. Em segundo lugar, que a função da supervisão se afigura como muito importante, independentemente de quem a realiza.”

Relativamente à segunda área referida na citação anterior, pensamos que o sucesso do processo de supervisão depende de quem a realiza, apesar da função desta ser muito importante independentemente de ser realizada por um professor, um enfermeiro, um director ou outro.

Qualquer que seja a profissão (enfermeiro, professor) ou categoria, inerente ao supervisor, aceitamos como ponto de partida, como aponta Alarcão e Tavares (2003: 56) que: “*o supervisor é um adulto normalmente desenvolvido física, biológica, psíquica e socialmente e com as capacidades e os conhecimentos suficientes nas áreas das respectivas especialidades e nos domínios psicopedagógicos e técnico-didácticos (...)*”. Acrescentamos nós, que o supervisor enfermeiro, também é normalmente desenvolvido nestes aspectos referidos na citação e possui também as capacidades e conhecimentos na sua

especialidade e nos domínios acima descritos, o que lhe confere os requisitos básicos da competência para orientar.

Em nossa opinião os conceitos de supervisão apresentados pelos diversos autores não se excluem, mas são complementares, predominando o aspecto da relação de ajuda, confirmado por Alarcão e Tavares (2003:56) quando enunciam as tarefas a realizar pelo supervisor: *“Todas elas estão subordinadas a um verbo fulcral: ajudar.”*

O conceito de Alarcão e Tavares acima citado (2003), pela sua referência ao desenvolvimento profissional, mas também humano (elemento fundamental para a supervisão dos ensinos clínicos em enfermagem), permite que nos identifiquemos mais com ele; contudo não refutamos a inclusão da reflexão e experimentação como alega Vieira (1993) no conceito que elaborou. Em nossa opinião, estes dois elementos são uma mais-valia para um processo *“essencial e contínuo de desenvolvimento e aprendizagem, de construção do ser, do saber e do agir (...)”* (Alarcão, 1993:12).

Não podemos compreender a supervisão dos alunos em ensino clínico de enfermagem apenas no âmbito da relação de ajuda, se ela não contiver a noção de continuidade, reflexão e retro alimentação sempre numa perspectiva de desenvolvimento pessoal e profissional do aluno (Franco, 2000).

O desenvolvimento destas vertentes no aluno de enfermagem, só pode ser concebido se, quem lhes proporciona e promove a ajuda nesse mesmo desenvolvimento, seja o docente da escola de enfermagem, ou enfermeiro do serviço que coopera na supervisão, estejam continuamente empenhados em manter e desenvolver as suas competências profissionais, promovendo o seu desenvolvimento, através da formação contínua.

Alarcão e Tavares (2003: 121), referem que *“Smyth embora não ponha em causa a possibilidade de utilização do modelo de supervisão clínica na formação inicial, tenta sobretudo explorar as suas virtualidades na formação contínua.”*

A dimensão da colegialidade, isto é, a colaboração e a ajuda entre colegas é um dos aspectos da supervisão clínica que faz com que esta se adeque mais à formação contínua.

Quem vai supervisionar tem que se entrosar continuamente em contextos de formação contínua, participando activamente, para bem do seu próprio desenvolvimento e dos alunos de enfermagem, que são os potenciais enfermeiros do futuro.

Tracy (2002:72) citando Tracy e MacNaughton (1993) *“acreditam que a supervisão clínica representa a base conceptual para muita da prática de supervisão, ao invés de servir simplesmente como um modelo.”* A mesma autora cita Garman (1982 e 1987) para enfatizar a supervisão clínica como um processo e não como um modelo e refere que Haggerson *“conclui que Garman rejeita a noção de que a supervisão clínica seja um modelo a ser aplicado pelo supervisor, interpretando antes a supervisão clínica como uma prática com conceitos que podem guiar as acções do profissional”* (p.72).

Os pressupostos subjacentes sobre supervisão clínica na versão de Goldhammer et al. (1993), citados por Tracy (2002:70) incluem *“a relação profissional entre professor e supervisor, (que no caso da formação inicial em enfermagem podemos substituir por o aluno de enfermagem e o supervisor); A confiança mútua reflectida na compreensão, suporte e compromisso para com o crescimento; Tensão produtiva para fazer a ponte entre o real e o ideal; Conhecimento alargado da análise do ensino e da aprendizagem, bem como das interacções humanas produtivas.”*

Por sua vez, e de modo semelhante, Cogan (1973) citado pela autora acima referenciada, pressupõe que:

“A supervisão constitui uma continuação da educação profissional do professor (enfermeiro); As variadas fases da supervisão são interdependentes; A supervisão deveria acabar com o isolamento da sala de aula; A supervisão é um processo de tomada de decisões partilhado” (p. 71).

Dos autores consultados ressalta que muitos defendem que a supervisão clínica é o primeiro e principal, conceito, a partir do qual os modelos derivam, mas que nunca foi concebido como um modelo de supervisão (Tracy, 2002).

A supervisão clínica tem suscitado alguma discussão entre os autores, mas é certo que esta vai sendo adoptada e integrada em muitas profissões, entre as quais a profissão de enfermagem, para as ajudar no desenvolvimento de

competências, “*é o modelo que oferece aos professores, (e enfermeiros) no contexto da formação contínua, mais possibilidades de tomarem consciência do seu poder e das suas responsabilidades na adaptação da escola a um mundo em mudança*” (Smyth, cit. em Alarcão e Tavares, 2003: 118).

Podemos adaptar esta citação à realidade da enfermagem, pois também os enfermeiros tomam consciência do seu poder e das suas responsabilidades na adaptação da saúde às transformações sociais.

Em enfermagem, existem diferentes conceitos de supervisão clínica e também diversos modelos, dado que esta, se constitui como estratégia de suporte para as organizações de saúde, dinâmicas de formação, funcionamento das equipas, maturação pessoal e desenvolvimento profissional (Abreu, 2002).

A supervisão clínica, na área de enfermagem tem merecido especial atenção nos países do norte da Europa, Estados Unidos da América e Canadá. O debate sobre a supervisão clínica, teve a sua origem na supervisão em psicoterapia (a formação na área da psicanálise exige um processo de supervisão muito exigente), e hoje estende-se a todas as profissões na área da saúde.

Na área da enfermagem, a supervisão clínica é indicada como uma necessidade de suporte no decurso do processo formativo e está intimamente relacionada com o acompanhamento de alunos em ensino clínico, com a qualidade de cuidados e com a formação em contexto de trabalho (Abreu, 2002).

A supervisão clínica em enfermagem tem um âmbito muito vasto. Abreu (2002:13) afirma que: *“Pode reportar-se à aprendizagem em situação clínica no decurso da formação graduada, acompanhamento de processos de formação contínua ou mesmo processos de integração de recém-formados.”*

Supervisão clínica,

“um termo usado para descrever um processo formal da profissão e da aprendizagem, que permite aos praticantes desenvolver o conhecimento e as competências, assumirem a responsabilidade das suas próprias práticas... é central no processo de aprendizagem e na expansão dos conhecimentos práticos e deve ser visto como uma maneira de encorajar a execução das actividades analítica e reflectidamente” (Vision for the future 1993, cit. em Abreu, 2001: comunicação em aula).

Em todas as situações referidas no âmbito da supervisão clínica em enfermagem, não é só a qualidade das práticas que está em causa, mas também a gestão de sentimentos, os processos de socialização, a adaptação a novas funções, reacções emocionais aos problemas de saúde dos utentes, ou ainda a reacção individual a novos ritmos de trabalho (Abreu, 2002).

As definições de supervisão clínica em enfermagem analisadas, incluem aspectos de aprendizagem relacionados com a reflexão sistemática sobre as práticas e as bases relacionais de suporte e de ajuda.

Assim, e com esta interpretação de supervisão clínica em enfermagem, podemos referir que o processo de supervisão clínica inclui as capacidades assistenciais, o desenvolvimento de capacidades clínicas, o suporte e uma reflexão sistemática sobre os saberes. Estas dimensões têm alimentado o debate em torno da formação dos alunos em ensino clínico (Abreu, 2002).

Na enfermagem portuguesa nota-se ainda algum distanciamento do verdadeiro sentido do conceito, apesar de, desde longa data, alguns autores estrangeiros se tivessem preocupado em estudar e aplicar os conceitos de supervisão no âmbito da saúde, nomeadamente em enfermagem, sem “o rótulo” de chefia, autoritarismo e imposição. Tenta-se uma viragem das linhas de pensamento tradicionais, abordando-se a supervisão numa perspectiva mais humanista, que se pretende seja mais formativa e na base da relação de ajuda, isto é, apoiar a qualidade das práticas, sempre tendo em atenção, que a supervisão é um suporte para as práticas clínicas, qualidade da assistência (a partir do trabalho e consciência pessoal), gestão de sentimentos e satisfação profissional (Abreu, 2001:comunicação em aula).

Consideramos a supervisão clínica uma função potencialmente capaz de contribuir para a obtenção de resultados para a formação em enfermagem, largamente melhores, desde que o fulcro da actividade resida na colaboração que se manifesta no encontro de pessoas (supervisor, supervisando e pares), que, numa atitude não avaliadora e com um forte empenho, se debruçam sobre as práticas e suas acções, para descortinar o sentido de um aspecto específico, as razões da sua existência e/ou as mudanças que nele se podem operar, *“para assegurar práticas de qualidade, desenvolver competências, motivar, encorajar e*

dar suporte à equipe” em que se deve dar especial atenção à relação, pois *“a relação é uma dimensão central no processo de supervisão”* (Abreu, 2001:comunicação em aula).

Por existirem diversos modelos de supervisão clínica (Proctor, 1986; Page e Wosket, 1994; Nicklin, 1997, entre outros), Abreu (2002) identificou na generalidade deles seis pressupostos de base que passamos a descrever:

- 1) – A enfermagem possui estratégias para acompanhamento das suas práticas profissionais e deve ser ela própria a supervisionar as diferentes dimensões que advêm do contexto clínico;
- 2) – A enfermagem constituiu ao longo dos tempos, uma matriz humanista que aceita as necessidades que os alunos e os profissionais sentem quando confrontados com aspectos da prática clínica;
- 3) – Sendo a enfermagem uma disciplina que tem como objectivo principal o bem-estar dos utentes, é também capaz de valorizar as dimensões pessoais e profissionais dos enfermeiros e alunos, identificando áreas em que estes precisam de suporte científico, afectivo ou emocional;
- 4) - A enfermagem sabe que a profissão é complexa e traduz-se num grande comprometimento pessoal, o que pode ocasionar que a equipa tenha que ajudar e funcionar como suporte;
- 5) – A enfermagem é capaz de construir no local uma estrutura de supervisão, no qual se consignem os papéis dos supervisores e supervisados, aceitando-se que em qualquer altura os papéis se podem inverter;
- 6) - A enfermagem concorda que o processo de supervisão deva ser desenvolvido dentro da equipa de enfermagem, mas que beneficia também em trabalhar os contornos da supervisão no interior da equipa multidisciplinar.

Abreu (2002) diz-nos que o modelo de Proctor e o modelo de Hawkins e Shohet são os mais referenciados. O primeiro abrange três áreas (funções) distintas: formativa (processos de formação), restaurativa (estratégias de suporte e ajuda ao aluno ou profissional, ajudando na gestão da ansiedade e redução do

stress) e normativa (pressupõe o princípio da promoção da qualidade das práticas profissionais). O segundo modelo centra-se na relação entre supervisor e supervisionado, na definição dos papéis de ambos e nas estratégias de redução da ansiedade.

A supervisão clínica é uma forma de contribuir para ultrapassar constrangimentos pessoais e profissionais, problemas emocionais e a qualidade das práticas (Abreu, 2002).

Efectivamente, as noções de supervisão enfatizam a eficácia de ensino, sem a preocupação e até sem se ter em consideração, que o supervisor, um dos principais intervenientes no processo, tem de se sentir verdadeiramente responsável por ele, arriscando inovações e tomadas de decisão que lhe advêm de uma reflexão crítica, consciente e comprometida (Alarcão e Tavares, 2003).

Para que tal aconteça, (embora precisando sempre de formação, pois esta é imprescindível), não chega que alguém lhe diga com deve agir, mas é necessário descobrir por si próprio a melhor forma de actuar e a responsabilidade que lhe cabe em todo o processo. Geralmente, a supervisão actua de fora para dentro, havendo imposição de soluções técnicas e físicas relativamente aos processos, aos conteúdos e às estratégias, de acordo com teorias mais ou menos estandardizadas. Na supervisão clínica, pelo contrário, actua-se de dentro para fora, acentuando-se a observação e reflexão da própria prática e a colaboração e entre-ajuda dos colegas. A relação de colaboração deve ser autêntica e que promova interacção do processo ensino-aprendizagem, como objecto de reflexão e fonte de hipóteses de solução e de mudança (Alarcão e Tavares, 2003).

A supervisão clínica deve ser encarada como um modelo educativo que, por sua vez, requer um pensamento educacional e profissional, uma educação e uma formação específica. Educar para a supervisão clínica tem que ser vista como parte integral da comunidade científica de enfermagem. Precisa ser encarada como uma filosofia e não simplesmente como uma política (Canham, 1998).

Registámos num parágrafo anterior o facto de Smyth não pôr em causa a possibilidade de utilização do modelo de supervisão clínica na formação inicial. Canham (1998) numa posição diferente, afirma que a supervisão clínica (reflexiva

e prática) devia ser integrada firmemente no seio dos programas de formação inicial, para preparar futuros praticantes de cuidados de enfermagem, a pensar e a praticar reflexiva e cooperativamente. Dar-lhes-ia, além da compreensão dos conceitos e modelos de supervisão clínica, talento ou habilidade essencial para desenvolver relações profissionais. A exploração das relações entre ensinar e habilidades interpessoais são essenciais (Canham, 1998).

Cottrell e Smith (2000), num estudo efectuado revelam como a implementação da supervisão clínica por vezes falha na prática, devido às relações interpessoais. Estas podem tornar a supervisão clínica menos efectiva. Na mesma linha de pensamento, Abreu (2002) refere que o êxito do processo de supervisão clínica em enfermagem depende da qualidade da relação entre o supervisor e o supervisionado.

Como já analisámos nos pressupostos de Goldhammer *et al* (1993), citados por Tracy (2002), tem que haver uma boa relação profissional entre os intervenientes e uma confiança mútua reflectida na compreensão, suporte e compromisso e no estudo destes autores verificou-se que, na prática, nem sempre estes aspectos se concretizam.

3.2 – Importância da Supervisão no Ensino Clínico em Enfermagem

A integração das Escolas de Enfermagem no Ensino Superior Politécnico foi um passo muito importante na evolução do ensino de enfermagem, apesar de terem surgido alguns novos problemas. O elevado número de alunos que as escolas passaram a admitir, por razões de ordem política, levantou problemas nomeadamente problemas de estrutura, de lotação e formação pessoal. Com o *ratio* elevado de alunos por docente, que se verifica actualmente nas escolas de enfermagem, proporcionar um ambiente facilitador da aprendizagem não é fácil e não podemos relevar esta panóplia de situações problemáticas, uma vez que os ensinamentos clínicos visam preparar os alunos de modo a aplicarem o conhecimento adquirido previamente, nos cuidados prestados aos pacientes e adquirir

habilidades pessoais e profissionais, atitudes e valores julgados essenciais para a sua entrada no sistema de cuidados de saúde.

Assim, e dentro deste âmbito, nunca podemos deixar de ter em linha de conta que o aluno está a lidar com pessoas a necessitar de cuidados e que, sob hipótese alguma, possa ser permitido haver “descuidos”.

Franco (2000:36) salienta que *“As questões do ratio professor/aluno revestem-se de particular importância no Ensino Clínico de Enfermagem, uma vez que este envolve o planeamento, execução e avaliação de cuidados de enfermagem aos utentes.”*

Sabemos que o modelo que domina o ensino em geral é baseado sobretudo na teoria, enquanto que o ensino de enfermagem tem uma grande componente prática, apesar de, nos últimos 30 anos, o número de horas dedicadas ao ensino teórico ter vindo a aumentar, enquanto o número de horas dedicadas ao ensino prático, vem a diminuir. *“Em termos globais, entre os planos de 1967 e 1990, houve uma redução de 700 a 1000 horas de ensino prático”* (Pereira, 1998, cit. em Franco, 2000:36).

O estágio não pode ser considerado um aspecto menos importante nos currículos, uma actividade de segunda. Schön (1989), citado por Alarcão (1996), considera que as escolas que formam profissionais devem rever os seus currículos e o conceito de epistemologia da prática e incluir uma forte componente de prática. Esta deve ocorrer numa situação próxima do mundo real ou, de preferência, nesse mesmo mundo, onde o aluno aprenderá a reflectir na acção e apreenderá que a aplicação linear dos princípios não é suficiente. É necessário desenvolver outras capacidades fundamentais, para as quais Schön (1989), citado por Alarcão (1996), chamou a atenção. Para este autor, é imprescindível desenvolver novas maneiras de pensar, de agir, de compreender e sobretudo de equacionar os problemas.

Outros aspectos problemáticos emergiram, tais como o aumento significativo de funções e actividades dos professores de enfermagem, que culminam na não orientação e no não acompanhamento contínuo dos alunos.

Franco (2000:32) refere-se à *“diminuição da carga horária dos docentes para a orientação dos alunos em Ensino Clínico em Enfermagem, uma vez que passaram a ter outras actividades para além desta e da leccionação de aulas. Entretanto os enfermeiros das Instituições de Saúde têm estado pouco envolvidos na orientação de alunos em Ensino Clínico em Enfermagem, uma vez que, em termos clássicos, essa função era da responsabilidade dos docentes.”*

Estes exemplos justificam a importância e a urgência em encontrar soluções práticas e viáveis, para melhorar a supervisão nos ensinamentos clínicos.

Actualmente, começou-se já a questionar quem é que deve supervisionar os ensinamentos clínicos dos alunos de enfermagem:

Os docentes? Estes vêem os seus horários reduzidos para o acompanhamento dos alunos nos ensinamentos clínicos que, de acordo com o Decreto-Lei n.º 185/81 de 1 de Junho, alterou o tempo de permanência física junto dos alunos no ensino clínico para 12 horas semanais, assim como também, existe um número elevado de alunos, o que faz com que estejam dispersos por várias instituições, o que impossibilita um acompanhamento sistemático;

Os enfermeiros dos serviços? Apesar da orientação de alunos não se incluir nas funções do enfermeiro, tal como estipulado no Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro, os enfermeiros sentem que o deverão fazer, mediante uma compensação. Franco (2000:43) afirma *“Apesar do legislador não considerar a orientação de alunos como uma função dos enfermeiros, estes sentem-no como tal (...) sobre as formas de compensação (...) a mais referida é o reconhecimento curricular, seguido do acréscimo no vencimento e da redução do tempo de serviço (...)”*

Esta situação leva a que os enfermeiros acabem por considerar que cabe ao docente das escolas de enfermagem esta função.

Pelo que acima foi referido, pensamos que é indispensável criar uma figura nas instituições, formada em supervisão, obviamente com características para tal, devidamente compensada nas suas funções acrescidas e que, numa atitude de relação supervisiva, oriente, aconselhe, transmita conhecimentos e avalie os alunos de uma forma continuada.

Para concretizar esta ideia, relembramos o conceito de orientação de Franco e a sua sugestão ao concluir o estudo sobre orientação dos alunos em ensino clínico de enfermagem: problemáticas específicas e perspectivas de actuação:

“Entendemos por orientação o processo em que uma pessoa experiente e bem informada presta ajuda aos alunos para alcançarem a plena maturidade no seu desenvolvimento humano, educacional e profissional, numa actuação de monitorização sistemática da prática, sobretudo através do acompanhamento contínuo e de procedimentos de reflexão e experimentação” (2000:32).

“Parece-nos urgente que haja um enquadramento legal da orientação de alunos nas funções do enfermeiro, de forma a que lhe seja atribuído o devido mérito (e/ou recompensa) ” (2000:43).

Enfermeiros das instituições de saúde e docentes das escolas de enfermagem devem unir esforços, complementando-se no processo supervensivo dos futuros profissionais de saúde, uma vez que o ensino clínico serve para consolidar conhecimentos teóricos em situações reais, permite a consciencialização do papel do enfermeiro e a construção da identidade profissional, através das relações interpessoais e multidisciplinares. As experiências adquiridas nos estágios são fundamentais em toda a formação profissional e tendo em atenção esta importância, os alunos não podem deixar de ser orientados continuamente.

Cabe também ao profissional de enfermagem, a responsabilidade nesta orientação e aconselhamento. Espadinha e Reis (1997), citados por Franco (2000:37) referem que *“é necessário sensibilizar os enfermeiros, para a importância de aproximar, cada vez mais, estas duas vertentes – teoria/prática, sendo necessário encontrar enfermeiros interessados na orientação dos alunos em ensino clínico em enfermagem.”*

Pensamos que este ponto é primordial para se investir em supervisão clínica.

Franco (2000), no estudo que efectuou sobre a orientação dos alunos em ensino clínico de enfermagem, concluiu que as funções atribuídas aos

enfermeiros das instituições, pelos docentes e pelos enfermeiros são as de: integração dos alunos e promoção da aprendizagem.

Enquanto que as atribuídas aos docentes são as de: orientação pedagógica e orientação-demonstração. Sendo evidente que a acção de ambos deve ser complementar.

A orientação-supervisão e orientação prática são referidas, como atribuições de uns e de outros, embora a primeira seja atribuída com maior peso aos docentes e a segunda com um maior peso no papel do enfermeiro.

Estas funções acima descritas são, como referimos, atribuídas pelos docentes e pelos enfermeiros, mas noutro estudo realizado por Carvalho (2002:123), os alunos também atribuíram funções a ambos:

- Vêem o enfermeiro como um elemento facilitador da integração no serviço e na equipa de enfermagem, mostrando-lhes com objectividade a realidade dos serviços: *“os estudantes vêem no enfermeiro orientador um elo de ligação ao mundo real da enfermagem, que lhes facilita a integração e a compreensão desse mundo.”* Os alunos pretendem que o enfermeiro orientador seja mais uma pessoa de apoio e recurso para lhes promover o desenvolvimento como pessoas e como profissionais e na socialização da profissão.

- Valorizam no papel do professor, a disponibilidade e a ajuda que este dá na resolução de problemas, numa atitude que não os leve a ter receio e que os avalie de forma justa e reconheça os esforços dos alunos em melhorar. Vêem também o professor como aquele que transmite conhecimentos, mas valorizam este aspecto de ser detentor de saberes, associado a outras qualidades, como: a disponibilidade, a honestidade, em suma, todas aquelas dimensões que envolvem a pessoa toda do professor: *“ (...) os estudantes, embora valorizem o papel do professor como transmissor dos diferentes saberes e de ajuda a mobilizar, transferir e integrar na prática de enfermagem esses saberes, começam a emergir necessidades de outras qualidades no seu papel”* (p. 93).

Carvalho (2002:124) pode concluir que, as valorizações dadas ao professor e ao enfermeiro enquanto orientadores clínicos, são semelhantes por um lado e complementares por outro: *“ (...) os estudantes, no essencial, parecem valorizar de forma semelhante o papel de ambos os orientadores clínicos. (...) os*

estudantes confirmam a grande valorização da relação de ajuda, na relação pedagógica (...) ”

É importante e urgente a presença de alguém especializado, vocacionado, interessado, disponível e que se responsabilize integralmente, na supervisão de alunos de enfermagem, em ensino clínico. Na literatura inglesa, aparece-nos a figura do Mentor e do Preceptor.

O Mentor, segundo Andrews e Wallis (1999) é um amigo inteligente e de confiança. Esta imagem dada por estes autores, mostra o mentor como uma pessoa mais velha e inteligente, que tem a responsabilidade por um jovem em aprendizagem e desenvolvimento. O mentor, nesta perspectiva, é encarado como um guardião.

O termo tem sido tradicionalmente associado a profissões como a medicina, profissões ligadas às leis e a negócios. Começou a aparecer na literatura de enfermagem por volta de 1980. Iniciou-se por esta altura, uma preocupação relativamente ao conceito e à determinação da natureza do papel do mentor, pois a figura está um tanto confusa pelas “inter-trocas” usadas com termos como preceptor, supervisor e assessor.

Um estudo feito por Wilson-Barnet *et al* (1995) e citado pelas autoras supracitadas, refere que, na prática, os termos mentor, preceptor e supervisor são usados para definir a mesma figura. Neary *et al* (1994) introduziu termos adicionais, como co-orientador e “prático facilitador”. O termo, em enfermagem, reveste-se de uma multiplicidade de significados, podendo ser também conselheiros de confiança, isto é, alguém que aconselha e em quem o aluno acredita.

Em 1989, as autoras já referenciadas redefiniram mentor como a pessoa que seria seleccionada pelo estudante para o assistir, um guia, um conselheiro, uma pessoa que o vai alertar, um amigo. Em 1992, a Welsh National Board for Nursing constatou que a utilização do termo mentor estava reservado para relações de ensino a longo termo, em que uma das pessoas era habitualmente mais velha e/ou mais experiente que a outra... e que, na natureza da relação, estava implícito o conceito de protecção, em que o protector tem que se preocupar com o bem-estar do outro, com a sua evolução e o seu progresso em

geral. Enquanto que o preceptor, segundo Kaviani e Stillwell (2000:219), *“é um enfermeiro que ensina, aconselha e inspira, servindo como um modelo de suporte ao crescimento e desenvolvimento dos mais novos, que por um certo tempo, tem a função de os socializar no novo papel.”*

Pela literatura consultada é difícil fazer grandes diferenciações entre um e outro. Os autores diferenciam-nos não só quanto ao tempo que dura a relação (curto ou longo prazo), mas também quanto à natureza da dimensão que os envolve: o mentor será para relações mais ligadas ao proteccionismo e a longo prazo, portanto pode ser encarado numa dimensão relacional, enquanto que ao preceptor cabe a responsabilidade de, a curto prazo, ensinar a *performance* clínica e socializar os novos profissionais em contextos práticos, no seu novo papel, para que em pouco tempo, eles possam realizar as suas funções.

Tanto o bom preceptor como o bom mentor devem possuir características especiais, entre elas, a vontade de partilhar conhecimentos e habilidades com aqueles que entram para a prática dos cuidados de enfermagem e ajudá-los a adaptar os conhecimentos teóricos à prática (Kaviani *et al* 2000).

A supervisão, um processo de importância vital, nos ensinamentos clínicos de enfermagem, potencialmente vital para os alunos, necessita para além do envolvimento dos docentes, de suporte por parte dos enfermeiros das instituições e de ser considerada parte integral tanto da teoria como da prática. Visa essencialmente a autonomia, a competência, a responsabilização e aguça o espírito crítico (Canham, 1998).

A supervisão deve ser vista como dupla mediação entre o conhecimento e o aluno, num processo facilitador do desenvolvimento pessoal e profissional.

Esta dupla mediação consiste, por um lado, na criação de condições propiciadoras de uma envolvimento da aprendizagem cognitivamente estimulante e afectivamente gratificante e, por outro lado, na monitoração de processos de reflexão sistemáticos e continuados sobre a própria prática (Sá-Chaves, 2000).

Esta perspectiva conduz os alunos a verem a supervisão não como controle e inspecção com fins avaliativos, mas como um processo de suporte e aprendizagem para o desenvolvimento de competências e encorajamento para a auto-reflexão e autonomização (Abreu, 2001:comunicação em aula).

Na supervisão, todos os níveis do processo são importantes, mas chegados à fase de autonomização e distanciamento crítico, é preciso que se tenha aprendido também, que as decisões pessoais de quem trabalha na área da saúde e que “joga” com a vida de outros, podem ter consequências importantes na vida de outras pessoas, de famílias e até na sociedade.

Quem forma e ensina profissionais de saúde deve reflectir (des)construtivamente a complexidade dos saberes científicos e transmitir a noção do que é agir praxicamente (Sá-Chaves, 2000) para que, ao invocar os seus saberes, os saiba seleccionar para melhor os ajustar à situação real que está a vivenciar, nunca esquecendo que deve esforçar-se por conhecer o utente, não só relativamente às características somáticas, mas também às características psicológicas, bem como, os seus contextos de vida, para poder ajustar-se criticamente ao meio cultural que o identifica e que explicam muitos dos seus comportamentos. Mas para que toda esta acção redunde em sucesso pessoal e profissional, com consequente melhoria da qualidade dos cuidados prestados e subsequentes ganhos em saúde, é necessário que o profissional de enfermagem se conheça a si próprio, para *“manter a sua dimensão meta-reflexiva e função meta-reguladora da praxis profissional, constituindo estes a condição indispensável para o desenvolvimento e para a transformação na qualidade: de si próprio e das situações que experiencia”* (Sá-Chaves, 2000:103).

Assim, podemos constatar que o objecto da supervisão em ensinos clínicos é a prática dos cuidados de enfermagem realizados pelo aluno de enfermagem e os processos utilizados são a experimentação e a reflexão.

Devemos nortear o aluno para pensar reflexivamente nas suas acções, pois *“o elemento reflexão é hoje a tónica do discurso sobre as finalidades educativas, quer nos ocupemos delas ao nível da formação dos alunos, dos professores ou dos supervisores”* (Alarcão, 1993:12).

3.3- Desenvolvimento dos Saberes e Competências nos Alunos através da Prática Reflectida

A transmissão de conhecimentos e a sua suposta aquisição por parte dos formandos era, outrora, condição necessária e suficiente para construir um

receituário de soluções, a prescrever em toda e qualquer situação-problema, no interior de um *corpus* de conhecimento específico da profissão.

Aceitava-se que o conhecimento era algo estável, adquirido, certo e seguro e que se adequava a todos os contextos e múltiplas circunstâncias. Como afirma Sá-Chaves *“O processo formativo assentava sobretudo na aprendizagem e no domínio de um conjunto variado de competências técnicas de suposta aplicabilidade imediata, independentemente das contingências que entrosam e desenham a complexidade de cada problema”* (2000: 89).

Sabemos hoje que:

“ nunca foi tão evidente que todo o conhecimento se apresenta incerto, instável e efémero (...) os contextos se apresentam também eles instáveis e incertos, porque vivos e dinâmicos, gerando em si mesmos (...) as condições que tornam sempre cada situação em caso único, sempre singular e em evolução (...) um processo de inacabamento (...) garante a possibilidade do seu aprimoramento (...) acesso a níveis de mais elevada qualidade” (Sá-Chaves, 2000:89).

Aprender é um processo que acontece num indivíduo, sendo este o agente essencial da sua aprendizagem e qualquer que seja o valor dos conteúdos ensinados e os processos de ensino, o percurso da aprendizagem não pode ser feito senão pelos próprios. Se a pessoa não estiver predisposta a aprender, por mais atractiva que seja a informação disponibilizada, esta nunca se transformará em conhecimento próprio.

Na questão central da teoria de Vigotsky (1977) a aquisição de conhecimentos pela interacção do sujeito com o meio e o papel da escola na transmissão de conhecimentos, são de natureza diferente daqueles aprendidos na vida quotidiana. Os conceitos científicos adquiridos pelo ensino, fazendo parte de um sistema organizado de conhecimentos, diferenciam-se dos que são desenvolvidos no decorrer das interacções sociais do dia-a-dia.

Além disso, existem pelo menos dois níveis de desenvolvimento identificados por Vigotsky (1977): um real, já adquirido ou formado, que determina o que já se é capaz de fazer por si próprio e um potencial, ou seja, a capacidade de, aprender e portanto fazer, desde que ajudado por outra pessoa.

A aprendizagem interage com o desenvolvimento, produzindo aberturas nas zonas de desenvolvimento proximal (potencialidade para aprender, que não é a mesma para todas as pessoas, ou seja, a distância entre o nível de desenvolvimento real e desenvolvimento potencial), nas quais as interações sociais são centrais, estando então ambos os processos, aprendizagem e desenvolvimento, inter-relacionados.

Para este autor, o sujeito não é apenas activo, mas interactivo, porque forma conhecimentos e constitui-se a partir de relações intra e interpessoais.

É nesta troca de ideias e de saberes com outros sujeitos (docentes, enfermeiros, colegas, utentes, outros elementos da equipa multidisciplinar) e consigo próprio que, no ensino clínico, o aluno de enfermagem vai interiorizando conhecimentos, papéis e funções sociais, o que permite a formação de conhecimentos e da própria consciência. Trata-se de um processo que caminha do plano social – relações interpessoais – para o plano individual interno – relações intrapessoais.

Assim, a escola e outros locais (hospitais, centros de saúde e outras instituições potenciais campos de ensino clínico), são o lugar onde a intervenção pedagógica intencional desencadeia o processo ensino – aprendizagem e o docente e o enfermeiro cooperante têm o papel explícito de interferir no processo, diferentemente de situações informais. Portanto é papel destes intervenientes, provocar avanços nos alunos através de atitudes positivas de ajuda, de encorajamento, de motivação e de incentivo, porque estes não são tão-somente os sujeitos da aprendizagem, mas, aqueles que aprendem junto ao outro.

Ninguém aprende pelo outro, cada um tem que se aplicar para que conjuntamente com o supervisor, atinja um dos principais objectivos – a autonomia (relativa). Apesar de ser da responsabilidade do supervisor encaminhar, guiar o aluno, a construção do seu conhecimento está nas suas mãos. (Sá-Chaves, 2001:comunicação em aula).

Ao analisarmos a formação clínica dos alunos de enfermagem, devemos tomar consciência que o papel do formador, ou professor, não consiste tanto em ensinar, como em facilitar a aprendizagem. Consiste sim, em ajudar a aprender, pois *“não se pode ensinar ao aluno aquilo que ele vai ter necessidade de saber,*

embora se possa ajudá-lo a adquirir esse conhecimento” (Schön, 1989, cit. em Alarcão, 1996:18).

O formando, se não se souber educar a si próprio, também ninguém o poderá educar. Este tem de assumir uma atitude de empenhamento auto-formativo e autonomizante, tem de descobrir as suas potencialidades, tem de conseguir ir buscar aquilo que já sabe e que já é ao seu passado. Deve construir o seu presente e o seu futuro sobre aquilo que já detém, para com isso conseguir interpretar o que vê fazer, imitar sem copiar, recriar e transformar. Só o alcançará, se reflectir sobre o que faz e sobre o que vê fazer (Alarcão, 1996).

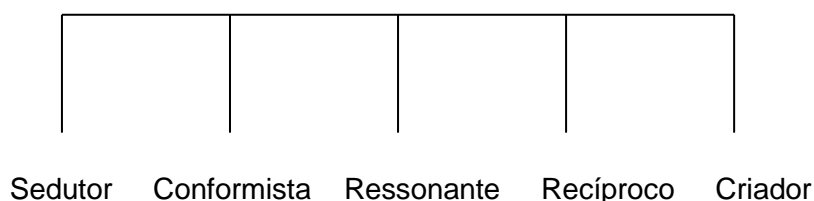
Esta deve ser também a finalidade da formação em enfermagem, podendo constituir-se no elemento principal que permite cuidar mais eficazmente no futuro.

Tavares e Alarcão (1987), baseando-se no conceito de maturidade específica, afirmam que o estudante inicia uma nova aprendizagem quando tem conhecimentos que lhe permitam avançar.

Comungamos com os autores supra citados e pensamos que, relativamente aos alunos de enfermagem, e baseando a aprendizagem na reflexão que fazem sobre a realidade e experiências anteriores, estes ficam motivados quando se apercebem que a formação vai ao encontro das suas necessidades.

Continuando ainda a analisar o conceito de maturidade do aluno, achamos importante referir um estudo sobre esta temática, concebido por Bevis (1989), citado por Carvalho (2002), que retracts de forma dinâmica, o percurso da imaturidade para a maturidade como podemos verificar na figura n.º 1.

Figura 1 - *Continuum* de Maturidade do Aluno
(Bevis, 1989 cit. em Carvalho, 2002)



Segundo Bevis (1989), os estudantes em geral situam-se nos mais diversos pontos desse *continuum*, em que:

- O aluno Sedutor, encontrando-se ainda numa fase de imaturidade, centra a sua energia no sentido de agradar ao professor, adoptando uma posição sedutora e manipuladora, procurando a sua simpatia e atenção, numa relação do tipo pai-criança.
- O aluno Conformista antecipado é o aluno cujo grande objectivo é ter uma boa nota e, para isso, tenta adivinhar o que o professor quer, para responder a isso e ser recompensado. A aprendizagem, não é assim, o seu principal objectivo. Atribui aos outros o seu insucesso ou sucesso.
- Na posição de Ressonante, o aluno vê o professor como carismático, estimulante e agradável, encontrando-se altamente motivado. É activo, para não perder nada das experiências e das informações dadas, mas no entanto mantém uma posição passiva, na medida em que o controlo é mantido pelo professor que ensina e conduz as discussões numa relação professor/aluno de cariz tradicional.
- O aluno que se encontra numa posição de Recíproco, responsabiliza-se pela sua aprendizagem, sente-se livre para exprimir as suas ideias e para dirigir a aprendizagem de acordo com as suas necessidades. A relação com o professor é uma relação adulto-adulto, de natureza paritária, com respeito mútuo e trocas estimulantes.
- O aluno Criador, é aquele que se encontra numa posição criativa, demonstrando elevado grau de iniciativa e pouca passividade. É ele que descobre o problema, encontra conteúdos, tópicos, questões, caminhando em direcção às suas finalidades, à medida que se interroga e pesquisa. Perante este aluno, o professor é um consultor com quem troca ideias.

Os alunos de enfermagem, também se podem encontrar em diferentes posições deste *continuum* ao chegarem às Escolas de Enfermagem. É necessário promover a sua maturidade, evitando estagnação da sua evolução, através de estratégias, que passam pela compreensão e ajuda.

Para elucidar o que acabamos de referir, empregamos a citação seguinte, mesmo sabendo que ela se reporta ao estágio profissional dos professores, achamos que se adapta ao contexto dos alunos de enfermagem:

“Todas estas estratégias devem estar envoltas numa atmosfera de compreensão das dificuldades vividas pelo formando e do sentimento de caos que normalmente o assalta nos primeiros momentos de iniciação à profissão; devem estar perpassadas por uma atitude de ajuda para que consiga encontrar a ordem no meio do caos” (Alarcão, 1996:22).

Alguma investigação se tem realizado na área da formação e das competências em enfermagem, privilegiando inicialmente, sobretudo a problematização do campo pedagógico, que contribuíram decisivamente para dar visibilidade académica e social à profissão. À *posteriori*, ampliando-se e diversificando-se os objectos de estudos enquadrados na área da formação, conseguiu-se um desenvolvimento mais sustentado e sistematizado da investigação, incidindo mais, presentemente, no problema crescente dos contextos do ensino e das práticas e suas articulações (Abreu, 2001).

Analisando algumas dessas pesquisas, com objecto de estudo sobre a formação inicial, constatamos que, nos estudos efectuados, se conclui que teoria e prática são vividas pelos alunos como realidades distintas e que estes atribuem mais significado aos estágios, na apropriação do que é a enfermagem.

Com a autonomia pedagógica e científica que as Escolas Superiores de Enfermagem possuem, e fazendo sob proposta do órgão legalmente competente a aprovação do seu Plano de Estudos, que obedecendo a todo o articulado do decreto, podem construir um currículo próprio e completamente distinto de qualquer outra escola, verifica-se que existem escolas que dão ênfase ao ensino teórico, reduzindo o número de horas ao ensino clínico. Esta situação redundou depois em conclusões como *“os alunos têm na maioria dos estágios um papel passivo”* (D. Espiney, 1997:177) ou *“ao reflectirmos sobre o que foi dito pelos alunos pode dizer-se que é atribuído por eles ao estágio, local onde têm oportunidade de agir e se assumir como enfermeiros, um papel determinante na aprendizagem do que é a enfermagem”* (Bento, 1997:128) ou ainda *“modificações que os alunos acabaram por sugerir: mais estágio”* (Bento, 1997: 130).

Na literatura sobre colaboração Escola-Serviços, encontramos artigos, que referem o ensino clínico como problemático, pela dissociação entre aquilo que é

ensinado nas escolas e a realidade encontrada nos campos de estágio pelos alunos e mais ainda, a dificuldade que os alunos sentem em integrar a teoria na prática.

Bento (1997:133) no seu estudo, tem como preocupação central, as mensagens que os alunos percebem sobre a enfermagem, refere que e citando Suzie Kim (1993) *“é na prática que aprendem a fazer e a ser enfermeiros, parecendo ser-lhes difícil transpor o conhecimento simbólico, que explica as coisas em conhecimento prático, aquele que faz com que as coisas sejam feitas.”*

A preocupação com a prática pode tornar-se um mal entendido quando se antagoniza com a teoria, ou seja, quando a primeira é vista como prioridade, relegando à segunda um carácter de "mal necessário". Tomando isso como certo, considera-se que uma é mais importante que a outra e isto só é possível se dicotomizarmos a teoria da prática. Feita a separação, uma parece ter vida própria em relação à outra, adquirindo *status* diferenciados. Essa desvinculação da teoria com a prática a transforma em mero palavreado, que Paulo Freire (1999) chamou de verbalismo.

A prática, tomada como auto-suficiente, não passa de mera técnica. Esta mostra-nos o como fazer (*know-how*), dando-nos prescritivamente passos para realizarmos determinada tarefa. Nas escolas é impossível ensinar todas as possíveis técnicas de todos os possíveis contextos em que o aluno se irá inserir. Neste caso, o aluno terá que possuir as condições mínimas e necessárias para que possa desenvolver a habilidade, para quando se deparar com o novo, saber avaliá-lo, julgá-lo, apreendê-lo e modificá-lo de acordo com a realidade na qual está inserido. Deverá ser autónomo (Sá-Chaves, 2001). Sob o ponto de vista apenas da prática, o indivíduo fica à mercê da técnica e, portanto, torna-se autómato, simples repetidor.

Quando relacionamos a teoria e a prática, dissipam-se os dois cenários acima referidos. A teoria não se torna verbalismo nem a prática se desenvolve em automatismos. Dessa forma, a teoria implica uma inserção na realidade, uma proximidade analítica com o real, para comprová-lo, para vivê-lo plenamente, praticamente (Freire, 1999).

Freire (1999) rebate a afirmação de que o pecado da nossa educação é ser "teórica", dizendo que a nossa educação não é teórica, porque lhe falta esse gosto da comprovação, da invenção, da pesquisa.

A relação teoria-prática permite a ambas um carácter dinâmico da transformação. Considerá-las independentes é relegá-las ao imobilismo e à inércia.

Não podemos pensar se devemos privilegiar a prática ou a teoria. Devemos privilegiar a teoria e a prática. Elas não se excluem.

A teoria é tida como base do conhecimento profissional e a prática, derivando dos princípios gerais da teoria, é apresentada como a aplicação desse conhecimento à resolução de problemas. Isto determina por vezes que se atribuam diferentes níveis à teoria e à prática, conduzindo à ideia de que a aplicação da teoria constitui a única certeza para a prática.

Tentando demonstrar que existe uma epistemologia da prática, diferente do conhecimento teórico, Schön (1991) considera que as situações práticas, pela sua própria natureza, não induzem a uma aplicação directa e linear da teoria. Há situações práticas que manifestam incerteza, singularidade, instabilidade e conflito de valores.

Alarcão (1996:17), citando Schön (1987), salienta o valor epistemológico da prática numa perspectiva de valorização do conhecimento, em que este emana de *“uma prática inteligente e reflectida”* (...) de maneira que não se *“sigam aplicações rotineiras de regras e processos”*, mas que se dê *“respostas a questões novas e problemáticas, através da invenção de novos saberes e novas técnicas produzidos no aqui e no agora (...)”*

Também o saber profissional de enfermagem, não é somente execução ou reprodução de actos, é um saber de acção. É a capacidade de adaptar a conduta à situação fazendo apelo aos conhecimentos. É fazer face às dificuldades imprevistas e poder de improviso num contexto em que outros não fazem senão repetir gestos (Reboul, 1993, citado em Queirós, 2000).

Pelo acima exposto, é fundamental que um dos objectivos do supervisor referido por Alarcão (2003:72), seja posto em prática na área da enfermagem, mais concretamente aos alunos em formação em contexto de ensino clínico e tem

a ver com o desenvolvimento da “*capacidade de experimentar e inovar numa dialéctica entre a prática e a teoria.*”

Stuart Dreyfus e Hubert Dreyfus desenvolveram um modelo de aquisição de competências com base em jogadores de xadrez e pilotos de aviões. Este modelo, denominado Modelo Dreyfus de Aquisição de Competências (Dreyfus e Dreyfus, 1986, cit. em Benner, 2001), estabelece que um estudante adquire e desenvolve novos conhecimentos, progride nas suas competências e estas são acompanhadas de mudança em três aspectos de execução:

- Acontece a transição de um paradigma, em que o aluno depende de princípios abstractos, para um paradigma onde utiliza as experiências passadas concretas;
- Assiste-se ao movimento de uma percepção da situação como sendo uma compilação de factos de importância igual, para uma percepção global onde certos elementos têm maior relevância;
- Passa-se de uma posição de observador desligado, para uma posição de executante empenhado.

Benner (2001:16) aplicou o Modelo Dreyfus de Aquisição de Competências ao contexto da enfermagem. Baseia-se no estudo de uma situação prática, na situação, determinando o nível da prática comprovado na situação, fazendo-se realçar os aspectos mais positivos em vez dos défices, descrevendo-se as capacidades da prática em vez das características ou dos talentos:

“Em cada etapa da aprendizagem experiencial, os profissionais podem intervir ao seu melhor nível. Por exemplo, uma pessoa pode ser sempre o melhor iniciado (tipicamente um estudante do primeiro ano). (...) pode ser a mais responsável ou empenhada na sua aprendizagem experiencial, seja qual for a etapa de aquisição de competências em que se encontre. O que alguém não pode é ficar fora da experiência, ou ser responsável por aquilo que nunca alguma vez experienciou na prática.”

De acordo com o modelo desenvolvido por Benner (1984-2001), adaptado por Queirós (2002), vamos caracterizar a progressão nos níveis de competências desenvolvidas pelos alunos de enfermagem, no sentido de aquisição de uma

etapa profissional considerada de competência. Assim, os níveis de competências passam por:

A) – Quanto ao pensamento crítico: começa por desenvolver a capacidade de tomar decisões com uma visão limitada das opções possíveis. Vai alargando esta capacidade de efectuar escolhas, mas ainda num processo sistemático de tomada de decisão. Finalmente consegue ter várias opções e tem a capacidade de diferenciar benefícios possíveis para cada uma delas.

B) - Capacidades de comunicação (escritas, verbais e não verbais). Vai aprendendo métodos de comunicação, identificando padrões de comunicação afectivas. Seguidamente consegue iniciar a conversação terapêutica e diferencia a comunicação terapêutica da não terapêutica, com utentes, famílias e grupos. Numa última fase demonstra comunicação afectiva com utentes, famílias, e grupos e avalia as actividades de ensino / aprendizagem.

C) - Intervenções terapêuticas de enfermagem. Os alunos iniciam a aquisição de capacidades psicomotoras e a prática de terapêuticas psico-sociais de bem-estar do utente. Vão progredindo nestas capacidades e finalmente dão provas de existência de capacidades psicomotoras seguras e terapêuticas psicossociais individualizadas de utentes, famílias e grupos.

D) - Desenvolvimento profissional. Começam por identificar os componentes da prática profissional de enfermagem. Vão demonstrando conhecimentos adequados a uma prática segura da enfermagem e finalmente integram esses conhecimentos, conseguindo auto-avaliar-se.

E) - Desenvolvimento pessoal. Este amplia-se e aperfeiçoa-se através da reflexão do sistema pessoal de valores. Os alunos começam por clarificar os seus valores pessoais. Identificam a aprendizagem como um processo para toda a vida e integram os valores éticos na prática da enfermagem. Finalmente alcançam o desenvolvimento da sensibilidade e aceitação da diversidade.

F) - *Scholarship*. Iniciam pela compreensão dos princípios da prática baseada na pesquisa e na teoria. Em seguida iniciam a explicação da prática baseada na pesquisa e na teoria. Finalmente através da análise e revisão da pesquisa em enfermagem, traduzem a sua aplicação no cuidar em enfermagem.

Para que tal desenvolvimento e conjugação de competências aconteçam, é necessário preconizar a aprendizagem experiencial, que garanta uma ligação estreita entre a teoria e a prática. Esta aprendizagem através da experiência, que se realiza principalmente em ensino clínico, confirma o que Benner (2001) procura demonstrar: que nem todo o conhecimento que os alunos precisam desenvolver, é obtido dentro das salas de aula.

O aluno de enfermagem necessita de desenvolver competências e aprender a prestar cuidados de enfermagem com eficiência e eficácia, que se traduzem em qualidade, aliada ainda à componente reflexiva. Este desenvolvimento só é possível, se estiverem sob a orientação de um docente ou enfermeiro dos serviços, mais experimentado e capaz de actuar com prontidão e responsabilidade numa situação real, com capacidade reflexiva.

Daqui ressalta a importância de que, no ensino da prática, os docentes devem, também eles, adquirir os requisitos necessários de informação e habilidade e encontrar formas de se actualizarem convenientemente no exercício das práticas de enfermagem, para que não se verifiquem depois dicotomias entre a teoria e a prática. *“... cada vez maior distanciamento dos professores... investe principalmente numa formação escolarizada (...) o saber utilizado pelos professores é sobretudo um saber adquirido através dos livros, um saber não investido na prática”* (D' Espiney, 1997:172 e seg.).

Aos docentes é inculcada a culpa de não prepararem adequadamente os alunos para os problemas reais. De uma maneira geral, os docentes teorizam, escrevem e transmitem a enfermagem como ela deveria ser, enquanto que os enfermeiros dos serviços a praticam como ela é. Fasano (1981) enfatiza que os alunos aprendem enfermagem como a vêem a ser praticada pelos enfermeiros, que é a enfermagem real, enquanto que o docente, para os alunos, constitui geralmente uma imagem ideal.

A referência ao facto dos docentes não prepararem os alunos para o mundo real, reside por vezes num aspecto já referido anteriormente e que se prende com o facto de os docentes se tornarem cada vez menos capazes de funcionar como enfermeiros de campo e não se aliar teoria e prática.

Basto (1998:163), no seu estudo refere que:

“A educação em enfermagem enfatiza, com frequência, o mundo ideológico. A distância entre teoria e prática é observada frequentemente. Conway (1994) atribui esta distância à falha no registo das reflexões das enfermeiras e na sua utilização como base para a construção teórica e educativa.”

A competência dos docentes ou de qualquer outro profissional que colabora com a formação dos alunos de enfermagem implica um conhecimento situado na acção, holístico, criativo, pessoal e construído. Um conhecimento que depende, entre outras coisas, da capacidade para apreciar o valor das suas decisões e as consequências que delas decorrem e a capacidade de *“ajudar o aluno a desenvolver o espírito de reflexão, auto-conhecimento, inovação e colaboração”* (Alarcão e Tavares, 2003:56).

A formação clínica deveria salientar o aspecto da prática como fonte de conhecimento através da experimentação e reflexão, como momento privilegiado de integração de competências, como oportunidade para representar mentalmente a qualidade do produto final e apreciar a própria capacidade de agir, clarificando os diálogos com a própria acção entre formador e alunos (Alarcão, 1996).

Isto não significa que o formador, no seu papel de facilitador, não desenvolva um ensino mais tradicional, expositivo e que ele assuma, quando necessário, a função de comunicar informação, descrever teorias, discutir aplicações e exemplificar. Mas sempre que possível, deve retomar actividades que consistem em demonstrar, questionar, aconselhar e exercer o espírito crítico (Alarcão, 1996).

Embora a aprendizagem do fazer através do fazer e o desenvolvimento da sensibilidade criativa sejam dois elementos fundamentais na educação profissional, esta não exclui a aprendizagem de regras, factos e conceitos fundamentais (Alarcão, 1996).

Os alunos de enfermagem devem ser confrontados com uma situação real, orientados por um formador competente, para aprenderem a fazer fazendo e reflectindo sobre os problemas, vendo-os sob diferentes pontos de vista, construindo soluções para cada caso e validando essas mesmas soluções construídas.

“ (...) não nega a importância do ensino da ciência aplicada; considera, porém, que esta só é válida se for combinada com a prática profissional realizada em ambientes de formação profissional prática que integrem acção e reflexão na acção, considerando estas como fonte de conhecimentos que se geram na própria acção (knowing-in-action) ”
(Schön, 1987, cit. em Alarcão, 1996:22 e seg.).

O acto de reflectir, tal como refere Dewey (1959), citado por Lalande e Abrantes (1996), requer atitudes necessárias: abertura de espírito, responsabilidade e empenhamento. Na nossa opinião, estas três atitudes, são de adaptar na formação dos alunos de enfermagem e na acção reflexiva dos enfermeiros. São elas:

A abertura de espírito. Esta caracteriza-se pelo desejo activo de se ouvir mais do que uma opinião, isto é, de se ser receptivo a várias informações, vindas de fontes diversificadas. Mas também pela capacidade de se atender a possíveis alternativas e de se admitir a possibilidade de erro, mesmo naquilo em que se acredite com mais força.

A responsabilidade implica o exame cuidadoso e a adopção das consequências de uma determinada acção, assegurando a consistência e validade de uma crença.

O empenhamento manifesta-se pela adesão ao assunto, o entusiasmo voluntário e o desejo de participação.

Na formação em enfermagem, também se nota uma preocupação crescente relativamente à acção reflectida, motivando os alunos para que sejam pessoas responsáveis, empenhadas e com abertura de espírito.

Algumas pesquisas feitas no nosso país revelam ineficácia na formação inicial dos enfermeiros, sobretudo no que concerne às tomadas de decisões reflectidas. Ribeiro (1995:102), na sua pesquisa sobre o desenvolvimento socio-

moral e a orientação para o cuidar, refere, nas conclusões do seu estudo que os alunos “ (...) *revelam grandes dificuldades na tomada de decisão (...) situações que causaram sentimentos de insegurança, culpa e frustração.*”

Também Santos (2000:62), na pesquisa que realizou sobre concepção de cuidados de enfermagem, constatou que os alunos não possuíam elementos que lhes possibilitasse caracterizar a sua identidade como futuros profissionais autónomos, afirmando: “*os alunos, ao acabarem o Curso Superior de Enfermagem, têm dificuldade em se assumir como profissionais autónomos com uma função que lhes é própria e específica.*”

A licenciatura foi uma grande vitória para os enfermeiros, mas agora há que repensar as escolas e norteá-las cada vez mais para a formação reflexiva, dado que a formação não deve constituir um mero veículo de transmissão de conhecimentos e de técnicas de teor estritamente restrito. Deve sim, ser encarada como uma função educativa ao nível do processo global de desenvolvimento, tentando alicerçar-se, logo na base, um profissional com um repertório de capacidades vasto e diversificado, que melhor lhe permitam tomar e executar decisões em circunstâncias por vezes imprevisíveis e que consiga ter uma visão mais abrangente das situações e uma melhor adequação às necessidades dos outros (Sá-Chaves, 2000). E ainda: que no seu percurso formativo, o aluno se consciencialize que só aprende aquilo que ele quiser e que só desenvolverá os saberes, as competências e consequentemente a autonomia, se reflectir sobre as suas acções nas práticas, isto é, se aprender a pensar “antes”, “durante”, “depois” e “sobre” a acção (Shön, 1987, cit. em Alarcão, 1996).

Concordamos com a opinião de Habermas, citado por Alarcão (1996:172): “*Só o EU se aprende a si próprio. Como sujeito que se questiona a si mesmo, o eu consegue a autonomia.*”

Tem que se transmitir aos alunos, de maneira que eles o assumam e se consciencializem, que têm um saber que lhes é próprio e que devem progredir autonomamente, após as suas bases terem sido sustentadas (Sá-Chaves, 2001: comunicação em aula).

Esta consciencialização é fulcral em qualquer operacionalização da prática. Para Sá-Chaves (2000:156) trata-se de um princípio (o da consciencialização),

em que *“as actividades são conjugadas com o exercício da reflexão para tornar a percepção mais consciente e situada e para, a partir da acção, gerar conceitos e princípios orientadores de futuras acções (...) para se saber agir em futuras situações.”*

Se assim procederem, ainda enquanto alunos, ficarão certamente aptos para um melhor desempenho profissional, uma vez que a análise de um problema e a decisão que se deve adoptar para a sua resolução, pode não ser linearmente transferível para uma situação nova. Espera-se também, que com este princípio da consciencialização, o aluno, fique desperto para o importante papel social que deve desempenhar na sociedade, pois é objectivo formar enfermeiros e não apenas técnicos que prestam tratamentos eficazes, tratando o corpo e negligenciando a pessoa, transmitindo-lhes o essencial da profissão: o cuidar.

Esta iniciação à profissão reflectida leva também à consciência da necessidade e do valor da ajuda aos outros, assim como do aperfeiçoamento constante (Alarcão, 1996), pois a produção de cuidados de saúde, está felizmente longe de poder ser circunscrita a uma questão meramente técnica, há outras vertentes, aquelas de natureza própria *“das profissões cuja nobreza é estarem e serem serviço ao Outro”* (Sá- Chaves, 2000:103).

3.4- Aluno e Supervisor: Uma Relação Comunicativa

Na secção anterior, explanámos a importância que a aprendizagem (através da prática reflectida) tem, para se adquirirem saberes e competências. Explicitamos que a aprendizagem, é ela também, fundamental ao desenvolvimento dos processos internos através da interacção com outras pessoas (Vigotsky, 1988).

Relativamente à comunicação e à linguagem, um claro entendimento das relações entre o pensamento e a língua, é necessário para que se entenda o processo de desenvolvimento intelectual. Linguagem não é apenas uma expressão do conhecimento. Existe uma inter-relação fundamental entre o pensamento e a linguagem, um proporcionando recursos ao outro. Desta forma a

linguagem tem um papel essencial na formação do pensamento e do carácter do indivíduo (Vigotsky, 1988).

Assim, linguagem é a faculdade que permite a comunicação social, o acesso ao conhecimento, à organização do pensamento, à representação da realidade e à regulação dos comportamentos. Estes objectivos realizam-se através da comunicação verbal e não verbal.

Através do sistema de língua, dos códigos orais e escritos, dos recursos expressivos e das funções linguísticas, o professor forma e educa os seus alunos. A linguagem torna-se objecto, meio e fim de um conhecimento funcional válido para a interacção.

É pela linguagem que os professores e alunos interagem, que o professor motiva, explica, questiona, organiza, avalia e que o aluno constrói e representa as suas aprendizagens como, por exemplo, nas dúvidas que explicita (Oliveira, 1991).

Pelo facto da comunicação ser um acto diário, frequentemente nem se dá conta da sua complexidade e real dificuldade em ser adequada, pertinente, oportuna e doseada, tendo em conta os intervenientes e as circunstâncias determinantes dos intervenientes.

De facto, a personalidade, o comportamento e o relacionamento social, são condicionados pela qualidade e intensidade da ciência e arte de bem comunicar.

A comunicação é:

“ um processo, uma modalidade comportamental, de contexto percebido, entre dois ou mais organismos vivos que se influenciam reciprocamente, provocando uma mudança, fruto da informação recebida, percebida, assimilada e integrada ou rejeitada. Seja qual for a informação, seja qual for a respectiva densidade do impacto, há sempre uma mudança nos seres intervenientes no processo” (Bernardo, 1988: 45).

Optamos pela definição de Bernardo (1988) porque, de entre as várias encontradas e analisadas, foi a mais completa e a que melhor se enquadra na essência deste trabalho.

Sabemos que comunicar é essencial para o ser humano, é um processo que faz do Homem aquilo que ele é, e permite que se estabeleça a relação interpessoal, uma vertente fundamental em ensino clínico e que, como refere o

autor, induz a transformações nos intervenientes, provocadas pela informação que se troca.

Uma comunicação verdadeira e eficiente exige identidade e identificação do significado atribuído à mensagem por todas as partes envolvidas nesse processo. O Homem utiliza um complexo sistema de símbolos para se relacionar com os outros: sinais verbais, sinais escritos e sinais não verbais.

Qualquer que seja a linguagem ou o processo de comunicação utilizado pelos povos, estes correspondem às suas necessidades. Está adaptado para responder às exigências específicas da sua vivência ou cultura, sendo por isso, eficaz no seu contexto. Todas as nossas comunicações traduzem de algum modo um passado de atitudes, de valores, de princípios e de diversas experiências que constituem a marca do nosso comportamento presente.

Há barreiras que dificultam ou impedem a comunicação. Uma são exteriores aos intervenientes, como por exemplo: ruídos, diversidade das estimulações que perturbam a atenção, concentração, emissão e recepção. Outros são aspectos internos, intelectuais e afectivos, conscientes e inconscientes, tais como: os preconceitos, inibições ou pressões.

Sendo a comunicação humana uma necessidade vital, ela é, simultaneamente, uma ciência e uma arte: implica esforço, decisão, sentido da medida e da oportunidade, disponibilidade intelectual e afectiva. Para reforçar esta ideia, Fachada (2000:18) refere que comunicar é: *“procurar no interior de cada um, as significações para estímulos ou acontecimentos.”*

Etimologicamente comunicar é “tornar comum”. Portanto, é passar do individual ao colectivo, é basicamente a condição de toda a vida social. A comunicação é essencial não só do ponto de vista da socialização, mas também da formação do indivíduo, na medida em que este adquire consciência de si, e do que o identifica como distinto dos outros, interiorizando comportamentos na troca de mensagens significativas.

Comunicar é escutar, ouvir, ver e compreender. Se não há quem escute, é inútil falar. E é do saber ouvir e saber falar que resulta a aprendizagem e a intercomunhão.

Escutar é aplicar o ouvido e a atenção para, além de ouvir, conseguir decodificar e captar a intenção do emissor. Entender é aplicar cuidadosamente a mente para perceber e compreender o conteúdo das mensagens emitidas. (Fachada, 2000). Para esta autora, escutar é definir a relação entre os símbolos orais e a respectiva compreensão: *“Implica que prestemos atenção não só ao conteúdo da mensagem de cada uma das partes mas também aos sentimentos e emoções nelas implicados, aos índices não verbais e ao contexto em que essa mensagem é proferida”* (Fachada, 2000:197).

Na realidade, para perceber o conjunto de uma situação, há que receber a comunicação total e compreendê-la. A mente não se pode limitar a puro registo de estímulos captados pelo ouvido, mas também recorre a todos os outros sentidos.

Sabe-se, pela fisiologia, que a percepção se desenrola com os primeiros estímulos (os sons emitidos), a serem recebidos pelos ouvidos e os outros estímulos (movimento do corpo, expressões faciais, gestos da mãos e outras manifestações), a serem percebidos pelos diferentes sistemas sensoriais. Todos são registados, decifrados, comparados e interpretados mediante um esforço livre e consciente.

A percepção é correcta ou adequada na medida em que a compreensão coincide com a mensagem concebida pelo participante, depois de codificada e emitida.

Na medida em que esta percepção está inspirada por um sincero desejo de acolhimento, compreensão e partilha, chegamos a um estado de espírito que aliás, deveria ser procurado em todas as comunicações interpessoais (Bernardo, 1988).

Certas pessoas têm tendência a não escutarem atenta e interessadamente, nem tão pouco sabem calar-se oportunamente. A pessoa habitualmente pensa mais rapidamente do que fala. A diferença entre estas, é uma das causas da dificuldade que temos em escutar pacientemente. Mais: temos tendência a antecipar a nossa expressão verbal (Fachada, 2000).

Uma das barreiras da comunicação verbal entre duas ou mais pessoas é precisamente a sobreposição de mensagens, que provoca dificuldade de

interpretação (Fachada, 2000), o que induz no aluno, condicionalismos do raciocínio.

Tal como noutros contextos, também no ensino clínico é imprescindível estar atento à linguagem não verbal, pois frequentemente recebe-se e emite-se mensagens sem ser através da linguagem verbal, mas sim através de gestos, posturas, silêncios, tom de voz e expressões faciais, que podem transmitir muitas emoções e sentimentos.

O timbre e o volume da voz afectam a linguagem falada e permitem atribuir-lhe significações diferentes, que podem condicionar ou não o desenvolvimento do raciocínio e não permitir uma resposta adequada e em tempo útil.

A expressão facial do professor pode também ser uma condicionante à comunicação interpessoal, conduzindo a inibições e até mesmo os receios nos alunos, limitando a capacidade do aluno para responder, para executar uma tarefa ou até para questionar.

Tavares (1996: 65) refere que: *“na relação nós comunicamos muito mais que através das palavras. Os não verbais assumem um papel de principal importância”*.

Comunicar bem deverá ser uma característica fundamental do docente e do enfermeiro cooperante, porque como refere Garmston *et al* (2002:21):

“As pessoas exibem manifestações comportamentais verbais e não verbais (...) Os supervisores deverão estar conscientes destas pistas nos outros, bem como nas suas próprias mensagens verbais e não verbais, de modo a promoverem interacções que se pautem por uma comunicação, uma confiança e uma aprendizagem crescentes.”

Os docentes e os enfermeiros cooperantes devem possuir a capacidade e a aptidão, para discernir concretamente, ou seja, para interpretar todas as significações, todos os múltiplos sinais que advêm dos alunos e organizá-los de forma selectiva e discriminada de modo a compreendê-los e a tornar-se compreendido.

Hoje em dia está bastante desenvolvida a ideia da importância da comunicação, por tudo o que já foi referido, mas também não devemos esquecer que a comunicação é fundamental pelo fenómeno de retroacção que ela deve

implicar, isto é, no processo de comunicação é primordial observar a reacção daqueles a quem nos dirigimos. É através do *feed-back* que podemos orientar as nossas comunicações futuras, não só o que dizemos ou o que queremos exprimir, mas também o modo como o fazemos (Fachada, 2000).

Pode-se verificar comparativamente, se os efeitos reais correspondem ou não àquilo que esperávamos. Deste modo, o *feed-back* permite decidir quais os processos de comunicação que, posteriormente, se deve utilizar e adoptar, para obter o efeito esperado. Este pormenor é essencial em ensino clínico, para a continuidade da comunicação: a maneira como ela influenciou e foi recebida pelos alunos.

Por isso, quando comunicamos com o aluno temos de fazê-lo com verdade e com autenticidade, para que assim seja entendido na linguagem verbal e gestual e, sobretudo, no face-a-face do rosto, em que essa mesma linguagem atinge a sua maior força de expressão. Então, a nossa relação tornar-se-á verdadeiramente empática e autêntica, será interpessoal, estabelecendo o contacto ao nível da personalidade, tocando o outro no seu próprio “*self*”.

O acto de comunicação e o acto de ensino/aprendizagem têm em comum um traço essencial: a interacção entre interlocutores que partilham a forma e o conteúdo da mensagem, assim como a sua intencionalidade e funcionalidade (Fachada, 2000).

A intenção e os efeitos da comunicação não se limitam à transmissão de dados. A informação que se transmite costuma ser rica em matizes na formulação de intenções. Nos actos de comunicação não só se diz, mas também se faz, projectam-se intenções, consideram-se pressupostos, analisam-se reacções, oferece-se e espera-se uma determinada atitude. Ordena-se ou sugere-se e pretendem-se modificações intelectuais, afectivas ou de outro tipo no interlocutor (Fachada, 2000).

Relativamente às estruturas de comunicação dentro de um grupo, estas “*desenvolvem-se de uma maneira específica, segundo as funções de cada um dos elementos e de acordo com o tipo e a finalidade do próprio grupo*” (Pinho, 1991:84).

A comunicação que se desenvolve entre os elementos do grupo, determina o comportamento desse mesmo grupo e dentro destas estruturas de comunicação, nascem vínculos particulares e pessoais entre os membros do grupo (Pinho, 1991).

“A continuidade no acompanhamento do indivíduo em desenvolvimento é um factor de grande importância” (Portugal, 1992, cit. em Sá-Chaves, 2000:154) e na nossa opinião, é neste acompanhamento contínuo, que se formam os vínculos acima referidos entre os elementos do grupo.

Nos estudos que analisámos, dentro da temática “relação professor-aluno”, apercebemo-nos muito rapidamente de que a noção de empatia ocupa neles um lugar muito importante, existindo sempre a referência à afectividade e sua importância crescente, no processo ensino-aprendizagem.

Para Rogers (1977:73), a empatia:

“Significa entrar no mundo perceptual do outro e sentir-se totalmente à vontade dentro dele. Requer sensibilidade constante para com as mudanças que se verificam nessa pessoa em relação aos significados que ela percebe. Significa ainda viver temporariamente a sua vida, mover-se dentro dela sem julgar, perceber os significados que ela não percebe. Implica dar-lhe a conhecer o modo como sentimos o mundo dele, ao mesmo tempo que examinamos sem viés e sem medo os aspectos que a pessoa teme.”

Mais recentemente Rogers (1979:22 e seg.) define empatia como:

” Compreensão intuitiva (...) intuir, com precisão, os sentimentos e significados pessoais experimentados pelo cliente (aluno) e de comunicar-lhe essa compreensão. Esta compreensão intuitiva sem controlar o cliente (aluno), ajuda-o, a ter uma consciência mais clara e, daí, um maior controlo sobre o seu próprio mundo e comportamento.”

A empatia é considerada como uma das características fundamentais da relação de ajuda. Esta, é definida por Rogers (1985:43), como *“ uma situação na qual um dos participantes procura promover numa ou noutra parte, ou em ambas,*

uma maior apreciação, uma maior expressão e uma utilização mais funcional dos recursos internos latentes do indivíduo.”

Empatia, significa a disponibilidade estável para uma efectiva e afectiva comunicação com os outros, compreendendo-os profundamente.

Na aplicação prática da empatia nos ensinos clínicos, é essencial antes de tudo, a compreensão objectiva daquilo que o outro tenta exprimir. Não é fácil a comunicação, como já referimos anteriormente por deficiências codificadoras do emissor, dos meios de comunicação, por incapacidade de descodificação e percepção da intenção contida na mensagem. Daí o impacto pretendido nem sempre ser conseguido e ser necessário usar a interrogação e seguir o processo afectivo e comunicativo, para conseguir perceber a verdade do outro.

A compreensão empática para Rogers (1976), passa pela tentativa de compreender o significado exacto daquilo que a pessoa está a comunicar. É uma parte desta compreensão que tenta descobrir através das complicações, fazendo voltar a comunicação ao caminho do significado que ela tem para a pessoa.

Devemos pois nortear sempre as nossas atitudes, de modo a aceitarmos o outro sem condicionalismos e a promovermos a empatia, facilitando o desenvolvimento ou crescimento do outro, ajudando-o a amadurecer, adaptar-se e aproveitar a sua própria experiência.

A afectividade durante o período de formação é um factor de extrema importância que pode condicionar ou motivar os alunos, pois este, para formar conhecimentos e constituir-se como pessoa, fá-lo através de relações intra e interpessoais. Sá-Chaves (2000:154) afirma: *“Conscientes de que a acção dos outros pode ser factor de desenvolvimento, valorizámos a relação interpessoal.”*

Sá-Chaves (2000), diz-nos que os professores devem desvanecer a importância dos saberes adquiridos e consciencializar-se do papel do contexto educativo. É na “transição ecológica” (Bronfenbrenner, 1979, cit. em Alarcão e Sá-Chaves, 1994) que se processa, numa maior dimensão, o desenvolvimento das relações interpessoais, mas não quer isto dizer que no micro-sistema, ou nos intervenientes que não transitam para fora dele (o que é quase impossível nos dias de hoje), não se verifiquem relações interpessoais, pois: *“verifica-se uma relação sempre que alguém, num determinado contexto, presta a atenção a outra*

peessoa ou participa nas actividades que ele desempenha, constituindo-se assim uma díade” (Bronfenbrenner, 1979, cit. em Alarcão e Sá-Chaves, 1994: 212).

As díades são importantes para o processo de desenvolvimento, mas não podemos ignorar outras interações, aquilo que Bronfenbrenner chamou de Sistema N+2, em que o N é o grupo, onde a díade está inserida (Bronfenbrenner, 1979, cit. em Alarcão e Sá-Chaves, 1994).

As relações entre pessoas, sejam elas de carácter supervisivo numa escola, ou num hospital, ou ainda em qualquer outro contexto, estão sempre impregnadas de complexidade. Cada um de nós para ser, para realizar a identidade própria, precisa do outro, dos outros que nos reconheçam, aceitem e confirmem.

Sendo nós diferentes, devemos caminhar para a convergência, para a comunhão, mas não para o aniquilamento do eu. O relacionamento é anterior a qualquer decisão ou combinação social: nasce da estrutura de existirmos em relação triangular – eu, tu e também eles, intervenientes ou testemunhas da relação. E também os outros, com quem ou em quem se reflecte a comunicação do eu e do tu.

A relação supervisiva sadia não encolhe, mas alarga o universo do supervisor e supervisando e dos outros indirectamente implicados que queiram expandir-se também, sempre em liberdade e responsabilidade (Sá-Chaves, 2001: comunicação em aula).

Na relação supervisiva há que fomentar, até para um amadurecimento mais profundo e consequente desenvolvimento pessoal e profissional, atitudes fundamentais de qualidade e densidade nas relações humanas, tais como as que são enunciadas por Sá-Chaves (2001: comunicação em aula):

- A amizade, que implica capacidades de aceitação mútua, (ultrapassando diferenças), partilha de conhecimentos. Dá segurança e coragem.
- A confiança recíproca, pedra angular da vivência da amizade.
- A fidelidade, mantendo a sintonia de projecto e conscientes da lealdade.
- Diálogo entre intervenientes.

Um estudo efectuado por Salgueiro (2001:237 e seg.) sobre expectativas dos estudantes de enfermagem revela conclusões, como: *“No que respeita à*

necessidade de mudança do processo de formação, o que mais deverá mudar é a relação professor-aluno.” E ainda: “Os aspectos negativos mais salientados traduzem-se no distanciamento na relação professor/aluno”.

Outros estudos elaborados nesta área, com resultados semelhantes, como o de D'Espiney (1997:178):

“(...) favorece nos orientadores o desenvolvimento de uma atitude de “controlo” face aos alunos que, aliás, verbalizam: “estou sempre de pé atrás quando o professor está ao pé de mim”, “não podemos dizer o que pensamos, é preciso ter cuidado...”, “o professor devia lá estar para ajudar não para vigiar.” Esta atitude dificulta o estabelecimento de uma relação de confiança (...)”

Conclusões como estas, denotam a necessidade de fomentar nos docentes e enfermeiros cooperantes, a preparação cada vez melhor das competências comunicacionais. Terá que haver, numa relação supervisiva, a tal confiança e frontalidade para se promover a satisfação dos futuros profissionais, para que, sem obrigatoriedade, se desenvolvam pessoal e profissionalmente, para assegurarem cuidados com qualidade. Pois, como considera Byrnes (1986), salientando a importância das relações professor-aluno, a aprendizagem é muito boa quando o aluno não é ameaçado.

Os alunos revelam a necessidade de uma boa comunicação entre eles e os supervisores e sentem que esta efectivamente os ajuda a sentirem-se seguros, confiantes e lhes promove uma melhor aprendizagem.

O exposto no parágrafo anterior é confirmado através das conclusões do trabalho de investigação de Carvalhal (2002:121), onde esta autora refere, na valorização das características do papel dos professores e dos enfermeiros enquanto orientadores clínicos, que os alunos: *“Mais uma vez, a hierarquização (feita para os enfermeiros) é coincidente com a hierarquização atribuída aos professores, confirmando assim, a valorização do desenvolvimento de um clima de diálogo, abertura e confiança, onde haja aceitação, compreensão e respeito pelos estudantes.”*

Estas competências comunicacionais dos docentes e enfermeiros cooperantes, influenciam os alunos, conduzindo-os a uma maior auto-confiança e auto-domínio, ao desenvolvimento do pensamento crítico, a uma maior

comunicabilidade e capacidade de ouvir os outros, ao entusiasmo e prazer na busca de novas ideias e numa melhor aproximação à resolução de problemas (Silva, 2000). Até porque, sabemos que o trabalho do supervisor se desenvolve em duas dimensões: a dimensão analítica e a interpessoal. A primeira refere-se à envolvimento do supervisor, nos aspectos objectivos do seu trabalho e a segunda tem a ver com o relacionamento empático e construtivo entre as pessoas envolvidas no processo de formação (Cogan, 1973 e Goldhammer *et al*, 1980, cit. em Vieira, 1993).

Comentando um estudo de Blumberg (1976), investigador norte americano que se tem debruçado sobre as percepções que os professores têm da sua relação com os supervisores, Alarcão (1982), refere que a atitude directiva dos supervisores tem como resposta posições defensivas por parte desses mesmos professores. Contrariamente, a não-directividade convida a sentimentos de apoio, apesar de, a mesma autora, referir que alguns alunos, ainda inseguros, preferem um supervisor mais directivo que lhes aponte o caminho. Mas o supervisor que necessite de ser directivo sabe, que no âmbito das tarefas a realizar na supervisão, deve *“ajudar a estabelecer e manter um bom clima afectivo-relacional que, sem ser castrante ou intimidante, é exigente e estimulante (...)”* (Alarcão e Tavares, 2003:56).

Este bom clima afectivo-relacional favorece o não aparecimento de *stress* psicológico que inibe o funcionamento cognitivo. *“A certos níveis, o stress psicológico limita a cognição e as capacidades de tomada de decisões (...) os supervisores necessitam de compreensões e competências que os capacitem para delinear e conduzir interacções no âmbito da supervisão sob formas que minimizem esse stress (...)”* (Garmston *et al*, 2002:21).

Como a supervisão ganha considerável importância como um processo de interacção humana, em que se tem em conta as dinâmicas geradas na relação dual, supervisor-aluno, o seu exercício deverá ser realizado, mesmo se houver necessidade de directividade, num clima “afectivo-relacional”, por forma a constituírem-se condições de trabalho que não ponham em causa o bom funcionamento do ensino clínico e o conseqüente cumprimento dos seus princípios e objectivos. Pois, todo o processo de formação de um aluno de

enfermagem, desde o início do primeiro ano, até à obtenção da licenciatura no final do quarto ano, é extremamente complexo: trata-se de formar um enfermeiro que seja competente, com sólidos conhecimentos técnico-científicos e relacionais, com uma visão madura e crítica do conhecimento de enfermagem e uma capacidade e vontade de se actualizar continuamente.

Ao mesmo tempo, deseja-se formar um enfermeiro que tenha uma visão humanística, assuma um compromisso com seus utentes e responsabilidade social, seja sensível ao sofrimento humano, tenha capacidade de se relacionar de forma adequada com os seus utentes e encará-los sempre como seres humanos integrais, respeitando as suas características sociais, culturais, religiosas, os seus sonhos e esperanças.

Face ao exposto nesta fundamentação teórica, consideramos pertinente a nossa preocupação em estudar a perspectiva do aluno de enfermagem, sobre a supervisão que lhe é feita no ensino clínico.

PARTE II
O ESTUDO EMPÍRICO

1 - DA PROBLEMÁTICA AOS OBJECTIVOS DE ESTUDO

O ensino clínico, através do desenvolvimento de actividades práticas, é considerado como um momento importante e crucial para o progresso do aluno para que este adquira competências, destreza manual, relacione a teoria com os cuidados de enfermagem prestados e acima de tudo que, através da reflexão sobre o que deve fazer, está a fazer e sobre o que fez, tome consciência da identidade da profissão e de todo o seu significado, para que cuide do indivíduo, da família ou da comunidade com responsabilidade e qualidade.

Como ficou evidenciado na revisão da literatura, alguns autores tiveram já como objecto de estudo o ensino clínico e demonstraram os problemas e desafios que este coloca aos supervisores e alunos.

As preocupações dos docentes e enfermeiros das instituições de saúde com o ensino clínico crescem, devido aos desafios que têm surgido na panorâmica do ensino de enfermagem: mais alunos, os mesmos docentes, os mesmos serviços, os mesmos enfermeiros, necessidade de articulação das instituições através de protocolos e parcerias (com conhecimento de todos os envolvidos), necessidade de modelos comuns para a formação, etc.

Relativamente à supervisão dos alunos em ensino clínico surgem variadas questões que vão desde quem deve ser o responsável pela supervisão, passando por que estratégias supervisivas utilizar e em que condições de trabalho, até à relação interpessoal e interinstitucional.

O ensino clínico pode ser estudado sobre muitas perspectivas. Nós, ao tomarmos consciência sobre as vertentes fundamentais que a supervisão deve conter e preocupados com questões relacionadas com este assunto e após procurarmos fundamentar a relevância e a pertinência através da bibliografia consultada, de conversas informais com colegas e professores de supervisão da Universidade, nomeadamente com a nossa orientadora da dissertação de mestrado, optámos por realizar este trabalho de investigação, no âmbito da supervisão em ensino clínico em enfermagem.

Pretendemos fazer um estudo onde nos fosse possível investigar o que os alunos pensam acerca desta problemática, que opinião e representação têm acerca da supervisão que lhes é feita ou da supervisão que gostariam de ter.

O nosso **objecto de estudo** são assim as representações dos alunos do curso de licenciatura em enfermagem sobre a supervisão em geral e a relação supervisiva em ensino clínico, de modo que, nos permita compreender a sua influência no processo de formação.

Na fase de conceptualização e de definição da problemática em estudo, fomos confrontados com questões que constituíram o nosso ponto de partida para a investigação.

No início de uma investigação é fundamental constituir as questões de investigação. Assim Fortin (1999:01), define as questões de investigação como *“Enunciados interrogativos precisos, escritos no presente (...)”*.

São uma interrogação explícita, sobre algo que se queira investigar, com o fim de recolher novas informações. Considerando que existem muitos factores relacionados com a supervisão que podem condicionar os ensinos clínicos e neste contexto, definimos as seguintes **questões de investigação**:

- ❖ Qual a importância que os alunos de enfermagem dão à supervisão nos ensinos clínicos?
- ❖ Que importância atribuem os alunos de enfermagem à relação e comunicação com os supervisores?
- ❖ Sentem os alunos de enfermagem necessidade de serem supervisionados pelos docentes das escolas ou pelos enfermeiros cooperantes?
- ❖ Qual o papel que os alunos atribuem ao ensino clínico nos cursos de formação inicial?
- ❖ Consideram que a escola proporciona ao aluno de enfermagem condições de trabalho adequadas para uma boa aprendizagem e para a compreensão da realidade?
- ❖ Que competências desenvolve o aluno de enfermagem?

Depois de constituídas as questões de investigação, segue-se a formulação dos objectivos da investigação. Ribeiro refere que estes *“representam*

aquilo que o investigador se propõe fazer para responder à questão de investigação” (1999:24).

O objectivo é, pois, um enunciado que tem que indicar, com clareza, o que o investigador pretende fazer ao longo do estudo. Sem a sua delineação, pode correr sérios riscos, perdendo completamente o rumo da investigação.

Para este estudo de investigação, propomo-nos atingir os **objectivos** que a seguir se enunciam:

- ❖ Conhecer a opinião, os sentimentos e as emoções dos alunos sobre a supervisão em ensino clínico de enfermagem.
- ❖ Captar a percepção dos alunos acerca da influência dos supervisores no desenvolvimento da sua formação no ensino clínico.
- ❖ Captar a importância atribuída pelos alunos à comunicação na relação supervisiva em ensino clínico de enfermagem.
- ❖ Analisar os factores que dificultam ou facilitam a relação interpessoal aluno/enfermeiro e aluno/professor.
- ❖ Identificar as competências desenvolvidas pelos alunos.

2 - METODOLOGIA

Reunida toda a matéria necessária para a compreensão da problemática em estudo e definido o desenho de investigação, *“torna-se necessário especificar o método do estudo e de recolha de dados”* (Ribeiro, 1999:41).

Assim, apresentamos neste capítulo a metodologia de investigação, que entendemos ser a operacionalização do método através de processos e técnicas, de que nos valem para atingir os objectivos do nosso estudo.

A metodologia expressa as estratégias adoptadas pelo pesquisador para desenvolver informações precisas, objectivas e passíveis de interpretação (Polit e Hungler, 1995).

Foi uma etapa em que colocamos em prática um conjunto de actividades, de maneira a permitir a realização efectiva do estudo.

Este capítulo é de grande importância, porque da metodologia seguida, depende em grande parte o êxito do estudo de investigação. Explicamos como a problemática será investigada e a razão pela qual determinados métodos e técnicas serão utilizados.

2.1 - Tipo de estudo

No decurso da definição do objecto de estudo e da construção do desenho investigativo e atendendo aos objectivos propostos, tornou-se evidente a opção por uma abordagem metodológica qualitativa, uma vez que, tem como principal objectivo, a interpretação das concepções dos alunos de enfermagem relativamente ao ensino clínico. A pouca informação e a nossa preocupação em compreender de uma forma absoluta e ampla os aspectos em estudo, orientou-nos para um estudo exploratório-descritivo, pois este permite explorar, descrever ou caracterizar um fenómeno de modo a torná-lo conhecido (Polit e Hungler, 1995).

Com este tipo de estudo não se pretendeu fazer uma avaliação; pretendeu-se interpretar o pensamento dos alunos.

Este método preocupa-se com os indivíduos em todas as suas vertentes: bio-psico e social. Adoptámos uma postura naturalista, interiorizando que aquilo que procuramos estudar, só aconteceu com a ajuda imprescindível das pessoas, através das suas descrições. Polit e Hungler (1995:270) comentam a este respeito: *“Este tipo de pesquisa baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios actores.”*

Bogdan e Biklen (1994) referem cinco características essenciais da pesquisa qualitativa:

- O ambiente natural é a fonte directa de dados e o investigador é o seu principal instrumento;
- O investigador qualitativo tende a seguir um processo indutivo;
- Os dados colhidos são predominantemente descritivos;
- Neste tipo de pesquisa os investigadores preocupam-se mais com o processo do que com os resultados ou produtos;
- O significado que os indivíduos dão às coisas e às realidades são de vital importância para o investigador e é aqui que ele concentra toda a sua atenção.

A nossa opção metodológica orientou-se para uma abordagem qualitativa de natureza exploratória-descritiva, porque é nossa preocupação compreender e analisar a realidade da supervisão em ensinos clínicos em enfermagem e não medir quantitativamente esta realidade.

Pretendeu-se compreender os conhecimentos e as experiências vivenciadas pelos alunos, com a supervisão que lhes é feita, assim como a sua percepção e construção dos significados da profissão na interacção com os outros intervenientes da formação e a relação que com eles estabelecem.

2.2 - População estudada

A população, é um conjunto de pessoas que reúnem critérios, nos quais o investigador tem interesse. Para Fortin (1999:202), uma população *“é uma*

coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios.”

Neste estudo, a população foi constituída por todos os alunos do 4º ano do curso de licenciatura em enfermagem de três Escolas Superiores de Enfermagem do País.

Dado o número da população escolhida ser elevado (277 alunos) e considerando igualmente questões de tempo, tornou-se necessário seleccionar uma parte dessa população para representar a sua totalidade (Polit e Hungler, 1995). Foi estudada uma amostra da população total, ou seja, *“um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população e deve ser representativa da população visada”* (Fortin, 1999: 202).

Tendo em atenção o tipo de estudo e a necessidade de obter uma amostra representativa, optámos por recorrer à amostragem probabilística, em que seleccionámos aleatoriamente os participantes. Assim cada elemento da população possuirá uma oportunidade igual de ser seleccionado. *“O objectivo desta amostragem é obter a melhor representatividade possível”* (Fortin, 1999: 205).

O tipo de amostra probabilística escolhida, foi a amostra aleatória sistemática, porque, segundo refere Polit (1995:151), *“a amostragem probabilística é, realmente o único método viável de obtenção de amostras representativas. Sua superioridade reside, em parte, no facto de ela evitar a tendenciosidade consciente ou inconsciente.”*

Uma vez definida a população, foi estabelecida a estrutura da amostra, ou seja, elaborámos uma lista por escola de todos os alunos do 4º ano das quais foi escolhida a amostra. Desta lista seleccionámos aleatoriamente os participantes, isto é, escolhemos um intervalo, que foi o número três e todos os elementos da lista que caíam no intervalo escolhido eram os seleccionados. A amostra é constituída por trinta alunos.

Posteriormente, realizámos uma reunião com os participantes do estudo, onde lhes foi explicado o modo como foi feita a selecção e mais detalhadamente aquilo que pretendíamos com a sua colaboração. O seu papel foi o de relatarem

por escrito, episódios significativos (narrativas) relacionados com a supervisão no ensino clínico em enfermagem.

A recolha de dados efectuou-se nos meses de Outubro e Novembro de 2002. Deu-se cumprimento a todos estes procedimentos só após a solicitação por escrito (Anexo 1), aos três Directores das Escolas Superiores de Enfermagem para a permissão da aplicação do instrumento de colheita de dados aos alunos do 4º ano de licenciatura em enfermagem. Asseguramos também a confidencialidade pelo anonimato (o anonimato de quem respondeu ou é referido está assegurado).

2.3 – O processo de recolha de dados: a narração de episódios significativos

Um investigador deve conhecer as diversas técnicas utilizadas para colheita de dados. No nosso estudo a escolha da técnica a utilizar para a recolha de informação resultou de alguns princípios metodológicos que seguimos: o objecto de estudo, os objectivos delineados e o tipo de estudo a realizar. Ao basearmos nestes princípios e ao valorizarmos a perspectiva qualitativa do estudo, optámos por utilizar a técnica das narrativas, por nos parecer ser susceptível de captar a essência do significado que os participantes atribuem aos fenómenos.

Assim, solicitámos aos participantes (alunos, como adiante se dirá), que descrevessem um episódio significativo.

Por episódio significativo entendemos *“um episódio que tenha sido marcante no âmbito do ensino clínico dos futuros profissionais de enfermagem; por marcante entende-se aquele que tenha tido repercussões positivas ou menos positivas no desenvolvimento pessoal e profissional dos intervenientes no processo formativo.”*

Esta abordagem surgiu da intersecção de duas abordagens utilizadas anteriormente: a abordagem dos incidentes críticos (Flanagan) e a abordagem narrativa.

A técnica dos incidentes críticos deve-se a Flanagan, pois foi este investigador que, pela primeira vez, aplicou esta técnica na área da educação. Citado por Estrela e Estrela (1994:7), Flanagan define assim incidente crítico:

“Por incidente entende-se toda a actividade humana observável, suficientemente completa, para que através dela se possam fazer induções ou previsões sobre o indivíduo que realiza a acção.

Para ser crítico, um incidente deve dar-se numa situação tal que o fim ou intenção da acção apareçam suficientemente claros ao observador e que as consequências da acção sejam evidentes.”

Esta técnica depende de um conjunto de procedimentos para a colheita de incidentes observados que apresentem um significado especial, implicando assim, por exemplo, no caso da definição de Flanagan, a presença de um observador.

Noutros estudos (incluindo o nosso), consiste na solicitação aos indivíduos envolvidos numa dada actividade que relatem ou narrem uma situação importante por eles vivida e que, posteriormente irá ser avaliada por alguém que utiliza esta técnica como um meio para uma possível resolução de um problema, uma vez que os incidentes críticos representam apenas a matéria-prima e podem não fornecer rapidamente soluções.

Na enfermagem esta técnica é útil e aplicável quando se pretende clarificar comportamentos relativos à prática, possibilitando a obtenção de informações sobre as atitudes e comportamentos dos alunos através da análise dos incidentes críticos (Polit e Hungler, 1995).

Valsecchi (1999:12), citando Waldow *et al* (1995), refere que estes utilizaram a técnica dos incidentes críticos na área da enfermagem, como: *“estratégia para a promoção de pensamento crítico, em actividade clínica com clientes e enfermeiras, a fim de obter opiniões, conceitos, observação e identificação de atitudes, relacionados aos hábitos de saúde e ao processo de cuidar.”*

Outros autores referenciados por Valsecchi (1999) utilizaram esta técnica no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem e na formação inicial dos enfermeiros. Por exemplo Care, (1996), citado pela autora acima referenciada,

demonstrou que a técnica dos incidentes críticos é uma valiosa ferramenta na identificação das necessidades de aprendizagem.

Estrela e Estrela (1994) referem a técnica dos incidentes críticos como um óptimo instrumento para analisar e equacionar problemas, tanto na observação de classes, como na formação de professores ou na avaliação de processos e produtos do ensino. Já constatámos, pelos estudos que acima referenciamos, que também na área da enfermagem os incidentes críticos são úteis e aplicáveis.

A observação directa era a tónica principal desta técnica, mas como tem vindo a ser adoptada pela investigação interpretativa, utiliza já formas de observação indirecta, investigando não só os comportamentos mas também os significados que os actores lhes dão (Rodrigues, 1999).

Estrela (1986), citada por Rodrigues (1999), refere que a expressão “incidente crítico” foi substituída por “incidente significativo”, para marcar a diferença no processo de recolha dos incidentes. No “incidente significativo” a recolha de incidentes é realizada por quem está implicado na acção. Rodrigues (1999:309), refere ainda que outros autores (Cartwright e Cartwright, 1998), também preferem falar de incidentes significativos, que definem como: *“registos de histórias (por vezes de carácter anedótico) que, de modo breve e conciso, relatam fenómenos que ocorreram.”*

Para obtenção dos incidentes críticos, normalmente utilizam-se entrevistas orientadas por um questionário (Estrela e Estrela, 1994), mas como pretendíamos que o nosso trabalho se situasse num contexto comunicativo mais livre e espontâneo, optámos pelas narrativas que denominámos por episódios significativos. Na nossa óptica, estas consistiriam em descrições que *“revelam o modo como os seres humanos experienciam o mundo e implicam reflexões a níveis de profundidade variados”* (Alarcão e Tavares, 2003:104).

A nossa finalidade era precisamente que o aluno reflectisse antes de escrever: *“O acto de escrita é um encontro connosco e com o mundo que nos cerca. Nele encetamos uma fala com o nosso íntimo e, se quisermos, abrimo-nos também com os outros. O acento que hoje se coloca no sujeito cognoscente revalorizou as narrativas como estratégias epistémicas”* (Alarcão e Tavares, 2003:104).

É importante salientar que hoje, a técnica dos incidentes críticos, também já se baseia na narrativa curta de acontecimentos pontuais. Estes são seleccionados por conterem uma vertente problemática não planeada, nem antecipada, nem controlada (Rodrigues, 1999).

A expressão “episódios significativos”, que aparece neste trabalho, surgiu tendo como base as concepções teóricas referidas. Diferenciam-se dos incidentes críticos e dos incidentes significativos pelo resultado que se pretende. Os episódios significativos solicitados, deveriam referir-se a acontecimentos marcantes no âmbito do ensino clínico dos futuros profissionais de enfermagem com repercussões positivas ou menos positivas no desenvolvimento pessoal e profissional dos intervenientes no processo formativo. A recolha era realizada por observação indirecta, através das narrativas. Não se utilizava a observação directa nem se pretendia fazer induções ou previsões sobre o indivíduo que realizava a acção.

2.3.1 - O guião de narração do episódio significativo

A recolha de informação de que necessitámos para responder às questões investigativas foi realizada, como já explicitámos, através do relato de episódios significativos. A redacção destes foi apoiada por um *guião de narração do episódio significativo* (Anexo 2).

O guião de narração foi elaborado em comum com dois, outros colegas, também mestrandos em supervisão, que estão a desenvolver os seus trabalhos de investigação nesta mesma temática mas com incidências diferentes. Enquanto que a nossa investigação se centra nos alunos a deles centra-se, num dos casos, nos docentes e no outro, nos enfermeiros cooperantes.

Relembremos que o enquadramento geral para a construção do guião partiu de um objectivo mais abrangente: “perceber o que se passa no ensino clínico em enfermagem”, isto é, perceber as representações que os vários actores têm sobre supervisão em ensino clínico a partir de situações concretas, vivenciadas e reflectidas.

Inspiramo-nos numa experiência de Benner (2001), na sua obra “De Iniciado a Perito”, em que a autora apresenta um “*Guia para a descrição de incidentes críticos*” (p. 289), que nos orientou e ajudou a delinear algumas das nossas questões, sobretudo as da parte dois e três, que seguidamente explicaremos em pormenor.

Tudo resultou num conjunto amplo de questões, consideradas como os indicadores mais concordantes com os objectivos, abrangendo as dimensões em análise na busca de respostas às questões de investigação de partida.

Organizámos o instrumento de colheita de dados em duas partes distintas:

A) - A caracterização do participante;

B) - O guião para a narração de um episódio significativo no contexto da formação inicial dos enfermeiros.

A) - A caracterização do participante consiste em dados gerais: idade, sexo, naturalidade por concelho e instituição de formação.

Na caracterização do participante solicitávamos que este se identificasse como aluno, docente ou enfermeiro cooperante e, conforme o seu estatuto, respondia ao conjunto de questões A, B ou C respectivamente.

O conjunto A, o que diz respeito aos alunos, tem apenas uma questão: o número de ensinos clínicos já efectuados e as áreas de incidência. Esta tem como finalidade conhecer em que âmbito e em que número os ensinos clínicos se realizaram, para podermos melhor compreender, contextualizando-a, a importância atribuída ao desenvolvimento das actividades práticas.

B) – O *guião de narração do episódio significativo* foi constituído por três áreas:

I) - Caracterização geral do episódio significativo;

II) - Reflexão sobre o episódio significativo;

III) - Importância formativa do episódio.

I) - A caracterização geral do episódio significativo, visa a descrição do contexto onde o episódio se desenrolou e a identificação dos intervenientes e seu nível de participação.

II) - Na reflexão sobre o episódio significativo aparecem várias questões que estão directamente relacionadas com a reflexão que o aluno fez durante e após o episódio: os sentimentos que ele próprio e os outros intervenientes viveram, os apoios, as ilações que tirou e a aprendizagem que fez.

III) – A importância formativa do episódio pretende captar as razões pelas quais o aluno considera que o episódio foi significativo. Para que nos fosse permitido extrair o significado do episódio numa palavra ou numa frase, solicitámos aos participantes que lhe dessem um título. Esta terceira área incluiu também uma solicitação ao participante no sentido de exprimir a sua opinião em relação à supervisão em ensino clínico.

Tivemos a preocupação de agregar no início do guião um texto elucidativo onde nos apresentámos e justificámos a pesquisa e a solicitação. Incluímos também a definição de episódio significativo em supervisão e demos as instruções necessárias para a realização da tarefa.

Lembrámos que o anonimato era assegurado e que não deviam escrever os seus nomes, nem o das pessoas envolvidas no episódio.

Como pretendíamos relatos sucintos, anexámos três folhas em branco (apesar de ser referido no final da folha que o participante poderia acrescentar mais se o desejasse).

Para que todos os participantes interpretassem e dessem o mesmo significado a palavras comuns, mas específicas para o nosso trabalho, como enfermeiro cooperante, supervisão, supervisor e ensino clínico, anexámos ao guião de narração um glossário com a definição destes termos. O objectivo deste glossário consistia em aferir uma linguagem universal entre os participantes, evitando as discrepâncias de interpretação.

Para complementar a explicação da concepção deste instrumento de colheita de dados, achámos pertinente mencionar as definições elaboradas:

Enfermeiro Cooperante - enfermeiros especialistas, bem como outros enfermeiros que cooperam na supervisão em ensino clínico dos futuros profissionais de enfermagem, dos diversos serviços em que ocorra ensino clínico de enfermagem.

Supervisão – processo em que um enfermeiro ou um docente orienta um ou um grupo de alunos em ensino clínico, na resolução de problemas mais ou menos específicos para o seu desenvolvimento pessoal e profissional.

Supervisor - enfermeiro ou docente que orienta um aluno ou um grupo de alunos em ensino clínico.

Ensino Clínico – formação prática de enfermagem, realizada em contexto real de trabalho, onde se pretende que o aluno desenvolva habilidades e /ou capacidades cognitivas, técnicas e sócio-relacionais.

2.3.2 – O teste piloto

O projecto do guião foi sujeito a uma validação inicial com o objectivo de ser testado. Assim, aplicámos uma versão piloto no mês de Maio de 2002. Foi aplicado a seis alunos do 4º ano numa Escola Superior de Enfermagem diferente daquelas em que iriam ser recolhidos os dados.

A testagem possibilitou identificar que o guião de narração se encontrava adequado, uma vez que nos permitiu retirar dele situações, comportamentos, reflexões e consequências pertinentes relativas à supervisão em ensino clínico. Houve apenas necessidade de aferir alguma terminologia.

3 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados na investigação qualitativa define-se como: *“Uma fase do processo indutivo de investigação (...) permite, portanto, guiar o investigador e dá-lhe pistas para descobrir o fenómeno em estudo (...)”* (Fortin, 1999:306).

Os elementos em bruto que o investigador recolhe do terreno de pesquisa formam a base da análise (Bogdan e Biklen, 1994). No nosso trabalho estes elementos são compostos pelos registos narrativos efectuados pelos alunos.

Terminada a recolha dos dados, inicia-se a fase de tratamento, análise e apresentação de dados. Segundo Bogdan e Biklen (1994), a análise abarca um conjunto de operações sobre os elementos em bruto conseguidos no terreno, que consiste em: organizar os dados e convertê-los em material operacional, sintetizá-los, procurar padrões e identificar aquilo que é importante e concluir o que se irá comunicar.

É este processo de analisar os dados que em seguida vamos abordar.

Toda a informação, como já foi referido, chegou-nos através da narração de episódios significativos expostos pelos alunos. Dado tratar-se de uma descrição de factos (uns mais complexos que outros) utilizámos, como principal metodologia de tratamento de dados, a análise de conteúdo, porque: *“oferece a possibilidade de tratar de forma metódica informações e testemunhos que apresentam um certo grau de profundidade e de complexidade”* (Quivy e Campenhoudt, 1998:227).

Designa-se análise de conteúdo: *“Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”* (Bardin, 1995:42).

Pretendemos tornar mais objectiva a leitura subjectiva das narrações dos episódios significativos, diminuindo os dados obtidos e organizando-os num quadro que dê sentido aos nossos objectivos, no sentido de explorar a perspectiva dos alunos de enfermagem relativamente à supervisão em ensino

clínico. Concordámos com Vala (1986:105), quando afirma que *“a análise de conteúdo é a técnica privilegiada para tratar neste caso o material recolhido. Ela poderá mostrar, por exemplo, a importância relativa atribuída pelos sujeitos a temas como a vida familiar, (...), a vida profissional, (...), etc.”*

Em seguida vamos explicitar mais detalhadamente o percurso metodológico seguido.

Houve necessidade, logo à partida, de proceder à ordenação e organização de todo o material colhido, atribuindo a cada instrumento de recolha de dados um código que denominamos número de ordem.

Avançámos para a *“leitura flutuante”* (Bardin, 1995:96) de todas as narrativas, que nos permitiu estabelecer um primeiro contacto com o conteúdo de cada documento e conhecer o texto de uma forma mais abrangente: era uma primeira impressão para posterior orientação.

A leitura sincrética e prolongada fez com que avaliássemos as possibilidades de análise face aos objectivos da pesquisa e apreendêssemos o sentido dos dados. Após essa primeira leitura e apoiados pela pesquisa bibliográfica, definimos então uma matriz temática (Rodrigues, 1999).

Procedemos de seguida ao recorte dos enunciados, o que possibilitou a emergência das unidades de registo ou análise. Uma unidade de registo *“é o mais pequeno fragmento de texto que tivesse sentido autónomo (para o nosso objectivo). Isto é, que tivesse sentido para os objectivos da investigação e não perdesse sentido quando descontextualizado”* (Rodrigues, 1999). Tratou-se de dividir os dados recolhidos em unidades relevantes e significativas visando a categorização e a contagem frequencial.

Elaborámos quadros para as seguintes áreas temáticas:

- Representação sobre supervisão em ensino clínico;
- Relação em contexto supervisivo ;
- Competências dos supervisores e desenvolvimento de competências no aluno;
- Estratégias de supervisão em ensino clínico;
- Condições de trabalho para a supervisão.

Esta ordenação na apresentação das áreas temáticas não é aleatória. Para a elaboração da sua disposição, tivemos em consideração o significado e o valor de cada uma delas, bem como a dinâmica de trabalho que quisemos seguir: partimos das representações sobre supervisão em ensino clínico de cada interveniente e a partir daí determinámos a importância atribuída a cada área temática.

Estes quadros por áreas temáticas foram realizados com o intuito de nos proporcionar uma melhor organização da informação, pois para continuarmos o processo de análise era imprescindível começar a reduzir os dados. Nestes quadros as unidades de registo foram organizadas de maneira a existir uma significação comum entre elas. Todo este processo foi complexo e demorou algum tempo até que as unidades de registo estivessem todas devidamente colocadas por área temática.

Passámos ao sistema de categorização que *“é uma operação de classificações de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos”* (Bardin, 1995:117).

A categorização surgiu da fase exploratória e dos pressupostos evidenciados no enquadramento teórico, mas algumas subcategorias e os indicadores foram despontando da própria análise, pelo que consideramos que elaborámos uma construção *à priori* e *à posteriori*.

As categorias obedeciam às qualidades que Bardin (1995) refere para ser uma boa categoria: exaustivas (todo o conteúdo que se tomou a decisão de classificar deve ser integralmente incluído nas categorias consideradas), exclusivas (os mesmos elementos devem pertencer a uma e não a várias categorias), objectivas (as características de cada categoria devem ser explicitadas sem ambiguidade e de forma clara), pertinentes (devem manter estreita relação com os objectivos e com o conteúdo que está a ser classificado).

Por haver em algumas áreas temáticas muitas unidades de registo procedemos a novos agrupamentos criando subcategorias. Este processo permitiu discriminar aspectos relevantes para a pesquisa.

Passámos à fase interpretativa e transformámos as unidades de registo em indicadores, isto é, *“passámos dos constructos dos sujeitos, geralmente em linguagem comum, aos constructos teoricamente informados de analista/investigadora”* (Rodrigues, 1999:384).

Definimos indicador como “uma ou mais palavras que se aproximem o mais possível da unidade de registo e que traduzam o seu significado”.

Após todo este complexo trabalho, elaborámos as grelhas de análise com as categorias, subcategorias e indicadores e colocámos um exemplo de enunciado (Moreira, 1996), para melhor compreensão.

Neste quadro final surgem também as frequências das unidades de registo e as frequências de enumeração. As unidades de registo são frases descritas pelos alunos, às quais atribuímos um determinado significado e as unidades de enumeração correspondem ao número de sujeitos responsáveis pelas unidades de registo.

Finalizado todo este processo em que se foram sintetizando os dados e após a contagem frequencial, passámos à análise e interpretação.

A fase interpretativa deve apoiar-se em todo o trabalho precedente. É uma fase inferencial, mas que *“é relativamente controlada pelo facto de se fazer no interior do sistema de categorias criado”* (Rodrigues, 1999:384).

Da dissecação anteriormente feita acabámos por fazer um todo, orientado para novos sentidos, aqueles que procuramos nos nossos objectivos anteriormente escondidos ou latentes (Rodrigues, 1999).

Explicado o percurso efectuado na análise e interpretação dos dados, temos a referir que, a partir deste momento este capítulo se constitui por três partes:

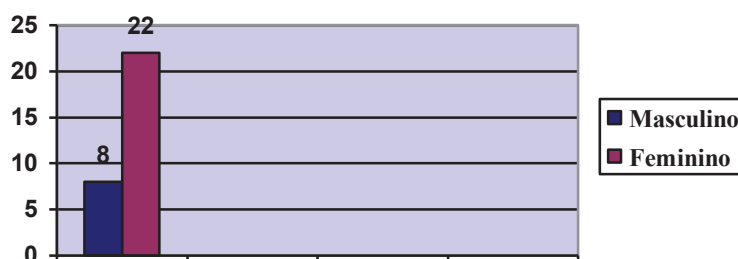
- Na primeira parte vamos analisar e interpretar quantitativamente os dados referentes à caracterização dos participantes. Uma análise feita através de gráficos e um quadro;
- Na segunda parte, apresentamos um resumo-síntese da caracterização dos episódios significativos;
- A terceira parte é dedicada à análise descritiva e interpretativa dos dados recolhidos.

PARTE I – Caracterização dos Participantes

3.1 - Caracterização da amostra por sexo

Fazendo uma análise dos alunos quanto ao sexo e como podemos observar no gráfico n.º 1, a amostra é predominantemente feminina: vinte e dois alunos do sexo feminino (73,3%) e oito alunos do sexo masculino (26,7%).

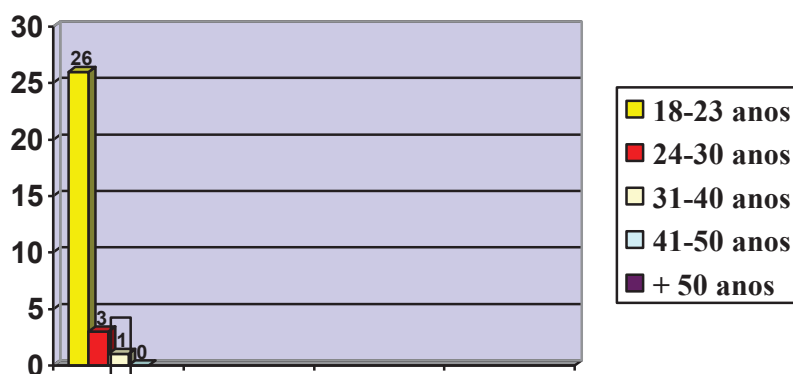
Gráfico n.º 1 - Caracterização dos alunos por sexo



3.2 – Caracterização da amostra por idade

A faixa etária a que corresponde um maior número de alunos é a que tem um intervalo de idades entre os 18 e os 23 anos: 26 alunos, que corresponde a 86,6%. Verificamos ainda e tal como nos mostra o gráfico n.º 2, que as idades compreendidas entre os 24 e 30 anos apresentam 3 alunos, ou seja 10%. As outras faixas etárias não são representativas: a que corresponde ao intervalo entre 31 e 40 anos tem apenas um aluno (3,4%) e as restantes não apresentam nenhum aluno.

Gráfico nº2- Caracterização dos alunos por idade

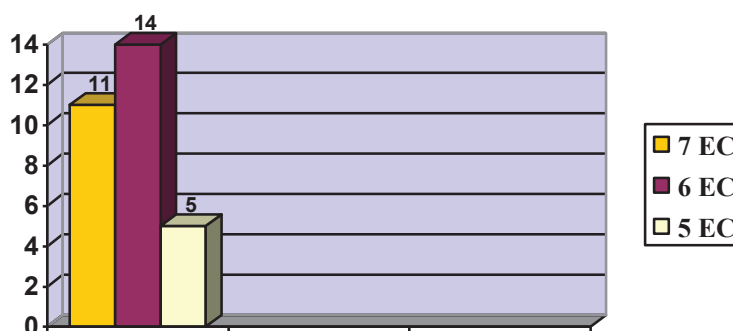


3.3 – Número de ensinios clínicos por aluno

Como podemos observar no gráfico n.º 3, os alunos não têm todo o mesmo número de ensinios clínicos. Esta desigualdade deve-se ao facto da amostra ser constituída por alunos de três escolas de enfermagem do País, com diferenças nos seus Planos Curriculares. Assim temos que o maior número de alunos (14) realizou seis ensinios clínicos ou seja 46,8%, seguindo-se que 11 alunos realizaram sete ensinios clínicos (36,6%). Apenas 5 alunos realizaram cinco ensinios clínicos (16,6%).

Podemos constatar que em média os alunos fazem seis ensinios clínicos durante os três primeiros anos do curso.

Gráfico nº 3- N.º de ensinios clínicos por aluno



3.4 - Número de alunos por áreas do ensino clínico

As áreas do ensino clínico são os serviços onde os alunos permaneceram algum tempo para contactarem com a realidade e desenvolverem competências e experiência.

Esta colheita de dados como foi efectuada no início do ano lectivo, os alunos do 4º ano não tinham ainda iniciado os ensinamentos clínicos.

Como observamos no Quadro I, as áreas são muito diversificadas, mas existem alguns serviços que apresentam um maior número de alunos, pois são locais de eleição para promoção da aprendizagem. São eles: o serviço de medicina e o serviço de cirurgia com 26 alunos, seguindo-se muito de perto o serviço de pediatria e o serviço de obstetrícia com 24 alunos. A psiquiatria e a ortopedia apresentam 19 e 18 alunos respectivamente.

Os restantes serviços apresentam de 1 a 11 alunos.

Há a salientar que os Centros de Saúde aparecem só com 10 alunos, porque só numa Escola de Enfermagem é que realizam ensino clínico nestes serviços no primeiro ano do curso. Nas outras duas escolas o ensino clínico em Centros de Saúde é realizado no 4º ano.

Quadro I – N.º de alunos por áreas do ensino clínico

Áreas do ensino clínico	N.º de alunos
Cirurgia	26
Medicina	26
Pediatria	24
Obstetrícia	24
Psiquiatria	19
Ortopedia	18
Saúde infantil	11
Saúde materna	10
Centro de Saúde	10
Serviço de urgências	5
Ginecologia	2
Urologia	2
Gastroenterologia	2
Bloco operatório	1
Serviço de quimioterapia	1
Pneumologia	1
Orto-traumatologia	1
Oncologia	1
Neurologia	1
Cardiologia	1

PARTE II - Caracterização geral dos episódios significativos

3.5 – Resumo/síntese da caracterização dos episódios significativos

A elaboração deste quadro abrangente, tem o objectivo de introduzir a Parte III deste capítulo, ou seja, a secção onde analisámos as áreas temáticas categorizadas e cada uma por si. Partimos do geral para o específico. Foi nossa intenção partir da síntese dos episódios significativos onde se pode já formular uma ideia geral sobre a problemática, para depois se avançar para uma análise mais detalhada.

Como se pode observar pelo Quadro II, fizemos a caracterização geral dos episódios significativos, tendo em consideração os intervenientes que nele participaram, o título que os alunos deram ao episódio, a síntese da narração, as áreas temáticas predominantes e a valoração do episódio, isto é, o sentido de direcção para onde pende o episódio: positiva ou negativa.

Podemos concluir que:

- Nos episódios houveram sempre vários intervenientes. O enfermeiro esteve presente em vinte e dois episódios e o docente em dezassete episódios.
- O título tem como finalidade percepcionar logo à partida, o significado da narrativa. Houve sete alunos que não deram nenhum título ao episódio, mas os atribuídos correspondem à situação narrada e atingiram o objectivo: percepciona-se pelo título a significação do episódio.
- Nas áreas temáticas, predominam a relação e as competências.
- Na valoração dos episódios, podemos concluir que 76,7% (23 episódios) são negativos e 23,3% (7 episódios) são positivos.

Quadro II - Resumo dos episódios significativos

Intervenientes	Títulos dos episódios	Síntese das narrações	Áreas temáticas predominantes/Valoração (Pos./Neg.)	N.º de ordem
Aluno e docente	“Discordância entre teoria e prática”	Aluno que foi interpelado pela professora porque prestou cuidados de higiene a um recém-nascido durante a digestão, devido a uma má programação das actividades diárias na enfermaria. O aluno ficou mais desperto para reflectir nas acções.	Competências Condições de trabalho Val. positiva	AA1
Aluno, enfermeiros e doente	“Uma decisão de “morte”	Utente que entra em paragem respiratória. Os enfermeiros foram chamados pelo aluno. Estes, numa atitude passiva, deixaram morrer o doente. Aluno fica revoltado e indignado, mas numa conversa com os enfermeiros ficou a saber das sequelas de um anterior AVC, tinha sido abandonado pelos familiares e que não tinha condições sócio-económicas. Em suma: vegetava e não tinha qualidade de vida. Pesados os prós e os contras o aluno acabou por partilhar da atitude que os enfermeiros tomaram.	Competências Relação Val. negativa	AA2
Aluno, enfermeiro e colegas	Sem título	Referência à actuação modelo de um enfermeiro que marcou o aluno de forma positiva, pela sua disponibilidade, saber, humanismo com os doentes e com os alunos.	Relação Competências Val. positiva	AA3
Aluno, enfermeiro e docente	Sem título	Aluna que não administrou a medicação à hora prescrita e sentiu-se nervosa e preocupada com vontade de reverter a situação. Consolidou com este esquecimento a necessidade de atenção inerente à profissão de enfermagem.	Competências Relação Val. positiva	AA4
Aluno, enfermeiro e docente	“Orientação para intimidação e para o medo de ser quem somos”	Professora que chama a tenção do aluno de forma inapropriada por causa deste não ter colocado um visto na folha da medicação. A enfermeira cooperante interveio e referiu que não era imprescindível, que havia coisas mais importantes do que isso para a aprendizagem. A professora considerou isso uma afronta e passou a perseguir o aluno. O aluno ficou afectado e passou a viver o ensino clínico com medo, retracção e sem auto-confiança.	Relação Competências Estratégias Val. negativa	AA5
Aluno e enfermeiro	“Escolher onde vou passar férias é mais importante que orientar alunos”	Aluno que vai punccionar uma veia pela primeira vez. A enfermeira cooperante atende o telemóvel para falar sobre férias e diz ao aluno para punccionar sozinho. Este fica nervoso e em pânico e a punção não correu bem. Teve vontade de conversar com a enfermeira e dizer o que sentia, mas não o fez porque teve medo “de ser queimado”.	Relação Competências Estratégias Val. negativa	AA6
Aluno, enfermeiro, docente e doente	“Díade emergência humanismo algo possível”	Utente com choque hipovolémico. Aluno ajuda nos cuidados de emergência e no final da situação ficou confuso, sem saber se agiu correctamente ou não. Foi louvado pelos professores e enfermeiros pela sua atitude de saber agir em situações imprevistas. O aluno ficou sensibilizado pelo humanismo demonstrado pela professora e enfermeiros perante ele e compreendeu que os supervisores para além de avaliadores também são amigos e compreendem as emoções dos alunos e as suas dificuldades e necessidades.	Relação Competências Val. positiva	AA7
Aluno e enfermeiro	“A guerra dos sexos”	Enfermeira que beneficia o sexo masculino nos ensinamentos clínicos. Nunca tem tempo para orientar as actividades quando as raparigas lhe solicitam, mas se na mesma altura os rapazes o solicitarem, ela está logo disponível.	Relação Competências Val. negativa	AA8
Aluno, enfermeiro e docente	Sem título	Aluno que calculava a quantidade de fármaco e o débito ao qual deveria correr e que foi abordado pela professora de uma forma exaltada. Esta dizia ao aluno que os cálculos estavam errados, mas este tinha a certeza que estavam correctos. Entretanto um enfermeiro aproximou-se e deu razão ao aluno.	Competências Relação Val. negativa	AA9
Aluno,	“Crescer com a	Aluno que teve contacto pela primeira vez com a morte de um	Competências	AA10

enfermeiro doente	morte”	doente. Teve uma experiência embaraçosa porque não sabia o que fazer. Foi importante o apoio que teve da enfermeira cooperante e pensa que sem este apoio não teria compreendido este fenómeno que tanto o preocupa.	Relação Val. positiva	
Aluno, docente, enfermeiros e colegas	“A força interior vence tudo”	Professora que apresenta uma patologia psiquiátrica. O aluno não consegue perceber o seu discurso nem as explicações que dá (perseguiu os alunos e formulava-lhes perguntas que nada tinham a ver com aquele ensino clínico e relativamente às quais os alunos ainda não tinham tido acesso ao conhecimento teórico) e fica perplexo com as situações caricatas que surgem e não consegue compreender como é que uma pessoa assim pode orientar um ensino clínico.	Relação Competências Val. negativa	BA1
Aluno, docente e colegas	“Avaliação às cegas”	Um ensino clínico que parecia estar a correr muito bem, pois a professora nunca fez uma correcção, nunca salientou aspectos em que o aluno deveria melhorar e no momento da avaliação não estava tudo bem. O aluno reagiu com revolta e disse à professora que deveria ter dito durante o ensino clínico. Além disto, a professora não podia avaliar porque passou muito pouco tempo com os alunos e o que dizia não correspondia à realidade.	Estratégias Relação Competências Condições de trabalho Val. negativa	BA2
Aluno, docente, enfermeiros e colegas	“Os alunos indisciplinados versus enfermeiro responsáveis”	Após a primeira semana de integração duas alunas tentaram posicionar um doente, pelo que sofreram represálias por parte dos enfermeiros que se reuniram com a chefe para discutir este assunto sem a presença dos alunos. Até aí nunca tinham deixado os alunos prestar nenhuns cuidados de enfermagem.	Estratégias Relação Competências Val. negativa	BA3
Aluno, enfermeiro e doente	Sem título	Aluno que não sabe o que fazer perante a morte de um doente. Tomou consciência pela primeira vez do que é a morte. A enfermeira é que teve a iniciativa de efectuar os procedimentos necessários.	Competências Relação Val. positiva	BA4
Aluno, docente, enfermeiros e colegas	“Até que ponto se pode humilhar um aluno de enfermagem!!!”	Aluno que tem que fazer uma cateterização e a professora acompanhou-o com ar intimidante. O aluno tremia e a professora não media as palavras, nem as críticas em frente ao doente. Tudo correu mal, foi um momento perturbante e o aluno ficou em pânico. A professora passou um bocado, tornou a chamar o aluno e à frente de todos (foi no corredor), criticou negativamente o trabalho do aluno que já estava prestes a rebentar em lágrimas. Este resolveu defender-se mas não deu resultado, pois a professora gritava cada vez mais alto.	Estratégias Relação Competências Val. negativa	BA5
Aluno, docente e colegas	“A liberdade ainda não existe...”	Aluno que durante a fase teórica do curso teve vários confrontos com a professora, por não concordar com alguns métodos de trabalho dela. Essa mesma professora ficou responsável por ele no ensino clínico. Nunca teve apoio da professora, sendo sempre apoiado pelos enfermeiros do serviço. No final, no momento da avaliação estavam doze alunos para ser avaliados e a professora deixou-o para último. Disse-lhe que ele não tinha criatividade, nem iniciativa e deu-lhe uma nota muito baixa. O aluno reagiu e defendeu o seu trabalho, sendo totalmente apoiado pelos outros colegas que o defenderam e mostraram à professora que ele não merecia aquela nota.	Estratégias Relação Competências Val. negativa	BA6
Aluno, enfermeiros, colegas e doente	“Medo de agir”	Bebé com paragem cardio-respiratória. O aluno, antes de chamar a enfermeira, coloca a saturação do oxigénio no máximo. A enfermeira não percebeu a gravidade da situação e disse que não podia lá ir. Chamou outra enfermeira e esta de imediato lhe pediu para ligar aos cuidados intensivos para chamar a equipa de reanimação. O aluno não sabia o que fazer, mantendo-se assustado. Não tinha noção do que era o suporte básico de vida e isto contribuía para a sua angústia, mas aprendeu os primeiros passos em situação de paragem cardio-respiratória e foi imediatamente inscrever-se num curso do INEM de suporte básico e avançado de vida.	Estratégias Relação Competências Val. negativa	BA7
Aluno, docente e colegas	“Avaliação às escuras”	Aluno que fica desanimado em relação aos métodos de avaliação no curso de enfermagem: o professor nunca foi ao serviço onde se desenrolava o ensino clínico, não sabia nada acerca dos alunos e avaliou-os de forma injusta.	Estratégias Relação Competências Val. negativa	BA8
Aluno, enfermeiros e colegas	“Os alunos sem orientação”	Após a passagem do turno, onde os alunos não podiam participar, estes ficavam no corredor à espera que lhes fossem distribuídos doentes. Nunca sabiam se iam ficar com os mesmos doentes do dia anterior ou não e sentiam-se perdidos, sem uma orientação	Estratégias Relação	BA9

		específica por parte da enfermeira responsável. Além disso como não participavam da reunião, nem ninguém lhes dizia nada acerca dos doentes, os alunos não possuíam a informação necessária sobre os doentes. No final a nota que a enfermeira responsável lhes deu foi baseada apenas no ensino clínico anterior.	Competências Val. negativa	
Aluno, docente e doente	“O primeiro impacto”	Aluno que pela primeira vez e logo no primeiro bloco de ensino clínico se confronta com um jovem com cirrose hepática em fase terminal. Sentia-se emocionalmente em baixo e não sabia o que fazer. Aprendeu que tem que controlar melhor os seus sentimentos. O professor não se preocupou se a situação era ou não chocante para os alunos, não abordando o assunto com eles previamente.	Estratégias Relação Competências Val. negativa	BA10
Aluno, enfermeiros, colegas e doente	Sem título	Doente com intoxicação por organofosforatos e que era esquecido pelos enfermeiros. O aluno enquanto permaneceu no serviço, juntamente com os colegas e alternadamente, prestavam os devidos cuidados ao doente para chamar a atenção dos enfermeiros. Como o professor não marcou presença durante o estágio, não foi possível abordar o assunto com ele.	Estratégias Relação Competências Val. negativa	CA1
Aluno e enfermeiro	“Anúncio de morte ignorado”	Doente que estava com dispneia acentuada. Aluno chama enfermeiro que lhe responde que é normal. O aluno tem medo de falar e ser mal interpretado pelo enfermeiro, mas repara que o doente está com a pele mais fria e cianosado e perde o receio de falar. Já é tarde demais, pois apesar de lhe fazeres a reanimação, o doente faleceu. O aluno ficou com uma sensação de impotência, porque só ele não podia ter feito nada para o salvar: não tinha conhecimentos suficientes, nem experiência. O aluno reflectiu e verificou que vinha da teoria com uma ideia totalmente diferente da prática. Tinham-lhe ensinado a valorizar a parte humana e as queixas dos doentes.	Estratégias Relação Competências Val. negativa	CA2
Aluno, enfermeiro, colegas, doente e auxiliar	“O delírio alcoólico”	Doente com uma crise de delírio alcoólico. O aluno agiu de maneira correcta perante a imprevisibilidade da situação e aprendeu sozinho (os professores nunca o tinham alertado) que mesmo na diversidade que as situações possam apresentar, estas têm sempre uma solução, quer seja através dos conhecimentos teóricos ou através da vertente humana.	Estratégias Relação Competências Val. positiva	CA3
Aluno, docente e enfermeiro	“A professora sabichona”	Professora que diz ao aluno que para a preparação da medicação injectável é necessário mudar as agulhas. O aluno refere que a enfermeira disse que não era preciso, porque o doente tinha um soro de três vias e assim não se estragava material. Mesmo assim a professora obrigou o aluno a mudar as agulhas. Entretanto chegou a enfermeira que referiu ao aluno que não era importante mudar as agulhas. A resposta da professora foi que a aluna não lhe tinha dito nada acerca do prolongamento de três vias. O aluno ficou revoltado porque não conseguiu dizer que a professora estava a mentir, nervoso e com raiva à professora, porque esta mentiu e saiu gloriosa da história.	Estratégias Relação Competências Val. negativa	CA4
Aluno, docente, colegas e doente	“Ligadura sofrida”	Professora que manda o aluno iniciar a renovação de ligadura de tracção de uma perna de um doente, sem a sua presença. Este fê-lo, sendo todo o procedimento doloroso e moroso. Quando tudo estava acabado, chegou a professora que desfez tudo o que o aluno tinha feito, porque não podia perder aquela oportunidade de demonstrar as técnicas com tracção. O doente mostrava sinais de dor e desconforto e os alunos estavam tão chocados com a atitude da professora e com pena do doente que não ligaram ao ensino efectuado pela professora. O aluno que tinha anteriormente elaborado todo o trabalho sentiu-se frustrado porque a professora simplesmente anulou e ignorou tudo o que tinha realizado.	Estratégias Relação Competências Val. negativa	CA5
Aluno, docente e colegas	“Supervisão ou correcção: Quais as diferenças?”	Professora que durante o ensino clínico não apoia os alunos nos diversos aspectos que constituem esta forma de aprendizagem, interessando-se apenas com a redacção dos estudos de caso para ela depois os poder corrigir. O aluno prefere chamar-lhe correctora do que supervisora.	Estratégias Relação Competências Val. negativa	CA6
Aluno e docente	Sem título	Aluna que preparava a medicação e a professora estava junto dela. Entretanto o líquido, ao ser aspirado da ampola, saltou para fora e a professora gritou num tom grosseiro com a aluna e muito irritada. Disse-lhe para esticar as mãos de macaco. A aluna em questão é de raça negra.	Relação Competências Val. Negativa	CA7
Aluno, docente,	Sem	Aluna que é assediada por um doente e a professora não acredita. Ela vive momentos muito difíceis e constrangedores perante a	Relação	CA8

enfermeiro, colegas e doente	título	impotência que sente ao não poder mudar para outro doente.	Competências Val. Negativa	
Aluno, enfermeiro e doente	“Quero morrer em paz e com dignidade. Não me façam sofrer, quero antes carinho”	Doente numa situação de agonizante, às portas da morte e tratada como uma “coisa” pela enfermeira. A aluna estava perplexa e sentia-se mal porque não conseguia reagir e tinha medo de contrariar a enfermeira e ajudava. Ajudava naqueles cuidados prestados de uma forma brusca e sem sentimento. A aluna sentiu que também ela tinha ajudado a acelerar a sua morte. Precisava muito de apoio: foi a primeira pessoa que viu morrer e logo naquelas circunstâncias. No serviço não o teve de ninguém. Apenas a família a apoiou.	Estratégias Relação Competências Val. Negativa	CA9
Aluno, enfermeiros e doente	“Dependência a quanto obrigas...”	Doente com carcinoma da próstata em fase terminal que requeria muitos cuidados e era abandonado pelos enfermeiros turno após turno. A aluna sentia-se extremamente incomodada com toda a situação, até porque não tinha sido aquilo que lhe tinham transmitido na escola. Interessou-se pelo doente e sempre que ele chamava ela ia. Os enfermeiros cooperantes gozavam com ela. Ela questiona se é isto que querem que os alunos aprendam.	Estratégias Relação Competências Val. Negativa	CA10

O Quadro II será analisado mais detalhadamente no capítulo da discussão dos resultados.

PARTE III – Análise descritiva e interpretativa dos dados

Após a primeira leitura das trinta narrativas sobre os episódios significativos ocorridos em ensino clínico em enfermagem, ficámos com uma ideia sobre hipotéticos temas. Outras leituras se fizeram, definindo-se as cinco áreas temáticas, já mencionadas anteriormente.

Para nos orientarmos no recorte das unidades de registo, tivemos necessidade de elaborar definições para cada área temática. As definições serão apresentadas na secção correspondente ao tema.

Elaborada a fase da categorização das unidades de registo, segue-se a fase interpretativa em que transformámos as unidades de registo em indicadores, o que nos permitiu fazer a análise e interpretação dos dados mais rigorosamente.

A apresentação das categorias, subcategorias e indicadores referentes às áreas temáticas encontra-se em grelhas de análise construídas e sustentadas com base em alguns autores (Bardin 1995), (Moreira, 1996) e (Nico, 1995 cit. em Mendes, 2002), assim como a distribuição da sua frequência por Unidades de Registo seleccionadas e Unidades de Enumeração.

Antes de iniciarmos a apresentação e a análise dos resultados achamos conveniente para melhor entendimento explicar que:

- As unidades de registo (U.R.) são frases descritas pelos alunos, às quais atribuímos um determinado significado e as unidades de enumeração (U.E.) estão associadas ao número de sujeitos responsáveis pelas unidades de registo correspondentes.

- Em cada quadro aparecerão nas duas últimas colunas da direita abreviaturas que significam o seguinte:

Freq. Abs. U.R. – Frequência absoluta das unidades de registo de uma determinada subcategoria.

Freq. Abs. U.E. – Frequência absoluta das unidades de enumeração de uma determinada subcategoria.

Para melhor compreensão colocámos também um ou mais exemplos dos enunciados, por indicador.

As duas letras seguidas de um algarismo, no final de cada transcrição das unidades de registo, servem para identificar o episódio significativo e a situação descrita.

Salientamos o facto de não aparecerem unidades de registo em algumas categorias, subcategorias ou indicadores. A razão prende-se com a construção de uma matriz de análise em comum com outros dois colegas, como já anteriormente justificámos e de nalguns casos, não se encontrar evidências que justificassem o seu registo.

Salientamos também que na área temática “Competências dos Supervisores” não incluímos a competência “Relacional”. Esta decisão prendeu-se com a importância que a dimensão “Relação” tem. Por este facto, optámos por fazer a análise à parte.

3.6 – Representação dos alunos sobre supervisão

Elaborámos a definição de **representação** como uma construção mental resultante de um processo pelo qual o sujeito desenvolve uma imagem relativa aos fenómenos (mundo representante) do meio ambiente (mundo representado).

Após reduções sucessivas dos dados construímos uma grelha constituída pelas seguintes categorias:

- Conceito de Supervisão;
- Características do Supervisor;
- Responsabilidade pelo Processo de Supervisão;
- Factores que influenciam o Processo de Supervisão;
- Relevância do Processo de Supervisão.

Quadro III – Grelha de análise sobre a Representação dos alunos sobre Supervisão

Categorias	Subcategorias	Indicadores	Exemplos de enunciados	Freq. Abs. U.R.	Freq. Abs. U.E.
Conceito de Supervisão		Processo	"A supervisão dos ensinos clínicos serve e tem o intuito de apoiar os alunos (...)" (BA2) "A supervisão tem sobretudo carácter de orientação (...)" (CA9)	4	4
		Produto	"(...) às vezes a supervisão em ensino clínico não é a mais adequada porque os supervisores só têm o intuito da avaliação." (CA9)	4	4
Características do Supervisor	Facilitadoras	Disponibilidade	"Considero importante na minha formação sentir-me à vontade (...) sentimo-nos à vontade com este supervisor para colocarmos todas as dúvidas que ao longo desse período foram surgindo (...) ele estava sempre lá." (AA3)	2	2
		Confiança	"A supervisão de um ensino clínico deve ficar a cargo de pessoas com verdadeiro carácter de formador, para estabelecer com os alunos uma relação de confiança e que os levem a encarar esse período como um verdadeiro período de aprendizagem (...)" (AA5)	1	1
		Motivação	"Eu penso que a qualidade da supervisão e o impacto que tem nos alunos, depende da forma como os enfermeiros fazem a orientação e a motivação que sentem para tal, bem como os seus próprios valores." (AA6)	3	3
	Dificultadoras	Injustiça	"Na supervisão a injustiça é uma constante e os supervisores nem se apercebem dos efeitos futuros que poderão trazer." (CA8)	2	2
		Insensibilidade	"A supervisão em ensino clínico é fundamental para uma boa formação do enfermeiro, no entanto, esta deveria ser feita por pessoas sensíveis para este assunto (...)" (AA8)	2	2
		Fraca formação em supervisão	"Deveria haver mais formação em termos de supervisão para os professores orientadores, para perceberem qual o seu papel e a sua importância." BA2 "(...) deve-se apostar na formação dos enfermeiros para a supervisão em ensino clínico (...)" (CA2) [Os supervisores] "(...) que tivessem conhecimentos sobre supervisão e que soubessem agir com "firmeza delicada" perante cada situação que ocorra." (AA8)	3	3

Continuação do Quadro III – Grelha de análise sobre a Representação dos alunos sobre Supervisão

Categorias	Subcategorias	Indicadores	Exemplos de enunciados	Freq. Abs. U.R.	Freq. Abs. U.E.
Responsabilidade do Processo de Supervisão	Partilhada	Enfermeiro Cooperante e Docente	0	0	0
	Centrada num único elemento da equipa	Enfermeiro Cooperante	<i>“A orientação dos enfermeiros da prática é a que mais contribui para o desenvolvimento do processo formativo do aluno por isso deveria ser entregue a estes, toda a responsabilidade do processo, incluindo a avaliação.” (AA3)</i>	4	4
		Docente	<i>“Na supervisão dos ensinos clínicos e na minha perspectiva, acho que é muito mais benéfico ser o professor a ajudar-nos a aplicar a teoria na prática porque têm os conhecimentos teóricos mais presentes.” (CA2)</i>	1	1
Factores que influenciam o Processo de Supervisão	Facilitadores	Presença do Supervisor	<i>“(...) na supervisão dos ensinos clínicos haveria de existir sempre um supervisor. Existem muitas situações em que essa presença é fundamental.” (CA1)</i>	2	2
	Dificultadores	Relação Interpessoal	<i>“Existem muitas ... imensas falhas na supervisão de alunos (...) o que mais falha é a parte da relação entre orientador e aluno, que não é boa e isso prejudica a nossa aprendizagem, porque estamos sempre muito constrangidos(...)” (BA5)</i>	4	4
		Ausência do Supervisor	<i>“A supervisão em ensino clínico está bastante aquém do ideal. Nos diferentes estágios que tive até hoje, houve apenas um em que existia um professor orientador presente, o que dificultou porque os enfermeiros nem sempre estão para nos ajudar (...)” (CA1)</i>	4	4
Relevância do Processo de Supervisão	Muito importante	Controlo e apoio do percurso formativo	<i>“A supervisão é bastante importante, principalmente no início, é bom termos o acompanhamento de alguém com experiência que nos aponte os erros e nos faça pensar na melhor maneira de cuidar os outros (...)” (BA4)</i>	4	4
		Aquisição de profissionalismo e humanismo	<i>“A supervisão em ensino clínico é de extrema importância (...) que nos ajuda a adoptar uma postura cada vez mais profissional e humana no desempenho das nossas funções.” (CA3)</i>	1	1
		Despertar para o desconhecido	<i>“Dada a complexidade de todo o processo de cuidar e de assistir os necessitados, nem sempre estamos despertos para um ou outro aspecto que é também ele importante, daí importância da supervisão.” (CA3)</i>	1	1
	Pouco importante	0	0	0	0

Observando o Quadro III, podemos verificar que, quanto ao:

... Conceito de Supervisão

Ao analisar as unidades de registo correspondentes a esta categoria, verificamos que não aparece nenhum aluno a referir o conceito de supervisão na globalidade. Tal resultado já se podia antever devido ao facto de estarmos a estudar pessoas em formação inicial. O conceito de supervisão aparece parcelarmente ao longo das narrativas e deixa transparecer que os alunos têm a percepção do que é a Supervisão. Eis um exemplo: “*A Supervisão dos ensinamentos clínicos serve e tem o intuito de apoiar os alunos (...) contribui para a aprendizagem dos alunos (...)*” (BA2).

Assim, o conceito de supervisão surge fragmentado nas unidades de registo, isto é, um aluno escreve uma palavra que expressa o sentido de supervisão, outro menciona uma característica que é apontada como cunho primordial do conceito, outro ainda refere um atributo relevante. Na nossa análise, optámos por considerar dois indicadores: o *Processo* e o *Produto*.

Entendemos por *Processo* as acções e atitudes que concorrem para o desenrolar da supervisão, tais como, o apoio incondicional ao aluno e o carácter de orientação.

Quanto ao *Produto* consideramos os resultados ou benefícios que a supervisão produz.

Verificamos que há quatro enunciados para cada indicador.

Relativamente ao *produto*, há dois alunos que referem que a supervisão tem apenas o intuito de avaliar: “*(...) contribui para a aprendizagem dos alunos e não só para os avaliar*” (BA2), situação com a qual não concordam.

Dois alunos acentuam que a supervisão deveria consistir numa relação mais empática através de abordagem holística: “*ver o aluno e todas as suas circunstâncias (...) todas as suas vivências, a sua personalidade (...) as suas necessidades (...)*” (BA5).

Neste indicador encontramos aspectos relevantes: a avaliação, a empatia na relação e a visão holística do aluno.

Como *processo*, apontam o carácter de orientação e o apoio como dois requisitos importantes para a consecução da aprendizagem de forma positiva. “A

supervisão dos ensinos clínicos serve e tem o intuito de apoiar os alunos (...)

(BA2)

[A supervisão] “ (...) *fundamental para um percurso correcto e proveitoso durante a nossa aprendizagem*” (AA4).

Através desta análise podemos constatar que os alunos dão ênfase à dimensão relacional, bem como ao apoio e orientação como base fundamental para um bom desenvolvimento pessoal e profissional e discordam que a supervisão seja considerada apenas numa das suas vertentes e com um único objectivo: a avaliação.

... Características do Supervisor

Para melhor se interpretar esta categoria, dividimo-la em subcategorias, sendo elas: **facilitadoras**, como características positivas e **dificultadoras**, como características negativas.

Após uma análise detalhada das unidades de registo, relativamente às características do supervisor seleccionamos os seguintes indicadores:

- *Disponibilidade, relação de confiança e motivação* para as características “facilitadoras”;
- *Injustiça, insensibilidade e fraca formação em supervisão* para as características “dificultadoras”.

Estes indicadores apresentam-se com frequências quase iguais. Assim, as características “dificultadoras” foram mais mencionadas e, de entre estas, o indicador *Fraca formação em supervisão* foi o que atingiu maior frequência. A *injustiça* e a *insensibilidade adquiriram* também alguma relevância, pois os alunos pensam que estas características não deviam integrar o carácter de um supervisor. Daí a interessante unidade de registo a seguir transcrita: “*A supervisão dos ensinos clínicos não é feita por pessoas isentas a todos os níveis e que não têm a sensibilidade e o bom-senso perante cada situação específica*” (AA8).

A *motivação* e a *disponibilidade*, dois indicadores referentes às características “facilitadoras”, foram os mais indicados. O aluno dá muita importância ao facto do supervisor ser alguém que dispensa tempo ao aluno, para o escutar, o acompanhar e apoiar no período em que ocorre o ensino clínico.

Como podemos observar no Quadro III, a outra característica “facilitadora” que foi referida por um aluno, *relação de confiança*, também tem a sua importância. Afirma ele: “A *supervisão de um ensino clínico deve ficar a cargo de pessoas com verdadeiro carácter de formador, para estabelecer com os alunos uma relação de confiança e que os levem a encarar esse período como um verdadeiro período de aprendizagem (...)*” (AA5).

...Responsabilidade do Processo de Supervisão

De quem é ou deveria ser a responsabilidade do processo de supervisão? Uma responsabilidade **partilhada** ou **centrada num único elemento da equipa**? Foram precisamente estas duas subcategorias que seleccionámos e que têm como indicadores os possíveis responsáveis pelo ensino clínico em enfermagem: os *docentes* e os *enfermeiros cooperantes*.

Os alunos inclinam-se que seja o *enfermeiro cooperante* o responsável por todo o processo de supervisão. Tal como refere um dos alunos: “A *orientação dos enfermeiros da prática é a que mais contribui para o desenvolvimento do processo formativo do aluno, por isso deveria ser entregue a estes, toda a responsabilidade do processo, incluindo a avaliação*” (AA3).

Referem ainda que são os *enfermeiros cooperantes* que lhes ensinam a prática e que mais tempo estão junto deles.

Quanto aos *docentes*, a única vantagem que pensam ser positiva, para que fossem estes os responsáveis da supervisão em ensinos clínicos, é apenas o facto de terem os conhecimentos teóricos mais presentes.

... Factores que influenciam o Processo de Supervisão

Foram considerados como factores, todas as circunstâncias que causem, directa ou indirectamente, algum fenómeno que, pela variabilidade da sua presença ou ausência, está relacionada com o sucesso ou insucesso do processo supervisiivo.

Dividimos esta categoria em duas sub-categorias: **facilitadores** e **dificultadores**.

Em algumas unidades de registo deparámo-nos com interpretações às quais se poderia atribuir mais do que um significado, daí as sucessivas tentativas na formulação de possíveis indicadores. Realizada esta dissecação até se esgotarem as possibilidades de interpretação com a finalidade de construir agrupamentos de palavras sem dúvidas quanto à significação, optámos pela *presença do supervisor* nos factores “facilitadores” e dois itens para os factores “dificultadores”: *a relação interpessoal e a ausência do supervisor*.

A *presença do supervisor* é vista pelos alunos como uma peça essencial e indispensável em todo o processo de desenvolvimento profissional e sentem necessidade que este os acompanhe, ajude e motive ao longo do ensino clínico.

A *ausência do supervisor* é referida como um factor “dificultador”, que condiciona muito os ensinamentos clínicos, porque a presença destes é fundamental para uma correcta orientação.

As *relações interpessoais* são também apontadas pelos alunos como um factor “dificultador”, porque prejudicam muito o decurso do ensino clínico. Referem que o que “*mais falha é a parte da relação (...) que prejudica a aprendizagem (...) porque se sentem constrangidos (...)*” (BA5).

...Relevância do Processo de Supervisão

As subcategorias seleccionadas foram **Muito importante e Pouco importante**.

Os seis intervenientes deste estudo que, na narração do episódio significativo abordaram a importância da supervisão, consideram que esta é de “*extrema importância (...)*” (CA3) “*(...) sempre necessária (...)*” (AA2).

Pelo que foi referido, elaborámos indicadores só para a subcategoria “Muito importante”, porque não encontramos unidades de registo que revelassem que o processo de supervisão é pouco importante. Este é o motivo de, na subcategoria “Pouco importante” não aparecerem unidades de registo, o que demonstra que os alunos estão conscientes da relevância da supervisão.

Definimos como indicadores para a subcategoria “Muito importante”:

- *Controlo e apoio do percurso formativo;*
- *Aquisição de profissionalismo e humanismo;*
- *Despertar para o desconhecido.*

Observando o Quadro III verificamos que o *controlo e apoio do percurso formativo*, é o indicador com maior frequência de enumeração, isto é, quatro alunos valorizam, na função da supervisão, o facto do supervisor ajudar no decurso da formação, através de correcta orientação, esclarecimento de dúvidas, correcção de erros e incentivo à reflexão.

“A supervisão é sempre necessária porque nem sempre fazemos as coisas correctas e que necessitam de rectificação, principalmente nos primeiros dois anos do curso, em que os alunos andam um pouco às “aranhas”, necessitando de alguém que os oriente e lhes esclareça as dúvidas” (AA2).

Os indicadores *aquisição de profissionalismo e humanismo* e *despertar para o desconhecido*, obtiveram uma frequência de enumeração.

Efectuada a análise, podemos concluir que:

- Quanto ao **conceito de supervisão**, os alunos referem que esta tem a finalidade de os apoiar e contribuir para a sua aprendizagem, através de uma relação empática. Apontam o carácter de orientação e o apoio como dois requisitos importantes para a consecução da aprendizagem de forma positiva, através de abordagem holística. Entendem a supervisão como ajuda, em que a dimensão relacional tem um peso muito grande, para um bom desenvolvimento pessoal e profissional e discordam que a supervisão seja considerada apenas numa das suas vertentes e com um único objectivo: a avaliação.
- Na **responsabilização pelo processo supervisivo** os alunos mostram preferência pelos enfermeiros cooperantes, uma vez que são estes que mais tempo permanecem junto dos alunos e que lhes ensinam aquilo que eles pretendem: a prática, no entanto reconhecem que são os docentes que melhor dominam a teoria.
- Os alunos têm consciência de que a supervisão nos ensinamentos clínicos de enfermagem é relevante e que existem alguns factores que conseguem influenciá-la positiva ou negativamente.

- Alguns factores como a *presença* ou *ausência do supervisor*, ou ainda as *relações interpessoais*, são referidas pelos alunos como condições que podem promover ou pelo contrário, condicionar o desenvolvimento profissional.

A *presença do supervisor* foi vista como um factor facilitador, pois os alunos sentem necessidade que o supervisor os acompanhe, ajude e motive ao longo do ensino clínico.

As *relações interpessoais* e a *ausência do supervisor* são apontadas pelos alunos como factores dificultadores, porque prejudicam muito o decurso do ensino clínico, na medida em que, no primeiro caso, impossibilitam o aluno de se sentir “à vontade” para questionar, expor dúvidas ou até para prestar cuidados, devido à inibição e receios. No segundo caso, porque consideram que a figura do supervisor é imprescindível, para eventual ajuda, motivação e aconselhamento.

3.7 – Relação em contexto de supervisão

Esta área temática foi definida como conexões e influências que se estabelecem intra, interpessoalmente e interinstitucionalmente, cujo significado essencial é o estar-com, com a intencionalidade formativa. Implica também a relação que alunos, docentes e enfermeiros cooperantes estabelecem com os doentes e que constitui também uma componente formativa.

Foi dividida em duas categorias:

- Relação interpessoal;
- Relação interinstitucional.

Quadro IV - Grelha de análise sobre a Relação em contexto supervisivo

Categorias	Subcategorias	Indicadores	Exemplos de enunciados	Freq. Abs. U.R.	Freq. Abs. U.E.
Relação Interpessoal	O aluno e o doente/utente	Boa relação	<i>“A primeira punção que iria realizar, sentia-me apreensiva, assim como o doente que se apercebeu e tentou acalmar-me(...)” (AA6)</i>	11	11
		Má relação	0	0	0
	O Aluno e o Docente	Boa relação	<i>“Ainda existem professores que nos apoiam e estão sempre ao nosso lado quando necessitamos, quer para rastreio de eventual ajuda, quer para efectivo apoio (...) e para me ajudar, sem eu solicitar a professora sentiu que deveria conversar comigo (...)” (AA7)</i>	6	2
		Má relação	<i>“A professora andava atrás de nós para nos intimidar (...) chamava-nos uns inúteis, porque o trabalho que nós desenvolvíamos não servia para nada (...)” (BA1)</i>	35	16
	O Aluno e o Enfermeiro Cooperante	Boa relação	<i>“A enfermeira tentou acalmar-me, sentiu-se culpada por não estar naquele momento ao pé de mim e me ter defendido da professora, quando ela me importunava sempre com “o colocar os vistos na folha da medicação”(...)” (CA4)</i>	8	7
		Má relação	<i>[Enfermeira que ordena a uma aluna que puncione uma veia sem a sua presença]“Achei que deveria ter dito algo à enfermeira mas tive medo de ser “queimada” (...) a enfermeira não estava preocupada nem com o meu bem-estar, nem com o do doente (...)” (AA6)</i>	17	13
Relação Interinstitucional	O Aluno e os Outros: Colegas, Equipa de Saúde e Família	Boa relação	<i>“O único apoio com que pude contar, foi o dos meus colegas, que se mostraram solidários e deram-me força para continuar em frente mesmo com a professora sempre a tentar prejudicar-me.” (AA5)</i>	12	12
		Má relação	0	0	0
	Comunicação escola/serviço	Boa relação	<i>“A articulação escola-hospital foi a correcta e necessária, porque senti uma grande vontade entre todos de colaboração.” (AA7)</i>	1	1
		Má relação	<i>“A comunicação entre o campo de ensino clínico e a escola, teve uma influência negativa, pois ninguém me apoiou (...)” (AA5)</i>	1	1

Observando o Quadro IV, podemos constatar que:

... Relação interpessoal

Nesta categoria propusemo-nos estudar a relação entre:

- O aluno e o utente/doente;
- O aluno e o docente;
- O aluno e o enfermeiro cooperante;
- O aluno e os outros: colegas, equipa de saúde e família.

Estes aspectos constituíram as nossas subcategorias. Os indicadores são: *Boa relação* e *Má relação*.

Na relação do **aluno e o utente/doente**, todas as unidades de registo (onze) recaíram na *Boa relação*. A frequência das unidades de registo é igual à frequência das unidades de enumeração. Alguns dos onze alunos fizeram as seguintes descrições:

“A doente estava muito desorientada, pouco reactiva, o que não era comum (...) deparei-me com uma cama mesmo cheia de sangue (...) não estou a exagerar (...) através do seu olhar pedia-me que a ajudasse” (AA7).

“Tive pena (...) porque o doente sabia que estava a morrer (...) não era preciso ninguém avisá-lo, tal era a agitação à sua volta (...) Limitava-me a olhar para o doente e ele para mim (...) ” (AA10).

“Ora, não era o meu doente preferido, só não podia ver como o tratavam (...) afinal era um ser vivo que estava a sofrer (...) ” (CA10).

Entre a *Boa relação* e a *Má relação* na subcategoria **o aluno e o docente**, houve uma diferença muito significativa, pois o primeiro indicador apresenta seis unidades de registo (dois alunos) e o segundo, ou seja, a *Má relação* apresenta trinta e cinco unidades de registo descritas por dezasseis alunos.

Exemplos de transcrições ajudam a perceber com mais clareza:

“ (...) a professora resolveu chamar-me a atenção de um modo intimidatório, destrutivo e inapropriado (...) mas também passa o turno a chamar-me a atenção por tudo e por nada (...) limitei-me a ouvir a professora (...) ” (AA5).

(...) “por mais que nos esforcemos para obter uma boa prestação num ensino clínico, em algumas situações isso afigura-se quase impossível, pois somos orientados com base em reforços sempre negativos e opiniões destrutivas acerca do nosso desempenho.” (AA5)

“Senti uma grande revolta e impotência perante a professora (...) e ela nunca me apoiou” (BA6).

“No momento que a professora disse à enfermeira que eu não lhe tinha dito nada, [Que não era necessário mudar as agulhas das seringas] gostaria de lhe ter dito que era mentira, que lho tinha acabado de dizer (...) fiquei muito nervosa, reagi com revolta e raiva pela professora (...) eu fiquei triste, angustiada e chorei, mas a professora saiu gloriosa” (CA4).

“Muitas vezes os professores são impulsivos, não ouvem opiniões (...) devem verificar se realmente o que o aluno diz está correcto ou não e depois tomar medidas (...) fiquei muito magoada, o que o aluno diz, para muitos professores não interessa e temos que lhes satisfazer as vontades” (CA4).

Dois alunos referem a *Boa relação* com os docentes e descrevem:

“ (...) sinto-me bem com os modelos da prática e com os professores que são bons modelos para a prática profissional, incitam a nossa reflexão crítica, o que é óptimo para o nosso desenvolvimento” (AA7).

“ (...) eu e a minha colega começamos a chorar [morte de um doente] (...) então aqui interveio a professora que falou connosco e nos tranquilizou (...) ” (CA2).

Na relação do **aluno e os enfermeiros cooperantes**, o indicador *Má relação* apresenta dezassete unidades de registo (treze alunos) e a *Boa relação* oito unidades de registo (sete alunos). A diferença é significativa.

Exemplos de transcrições de unidades de registo do indicador *Má relação*:

“(...) tive vontade de entrar na reunião dos enfermeiros à porta fechada e esclarecer as dúvidas deles e implorar que nos deixassem trabalhar, aprender e aperfeiçoar” (BA3).

“(...) os alunos aprendem os erros e ganham os vícios da prática porque não podem contrariar os enfermeiros com quem estão a aprender (...) somos maltratados, escravos ou considerados inúteis (...) ” (BA3).

[Má vontade dos enfermeiros para supervisionar ensinos clínicos] “(...) *chegam a dizer que ninguém lhes pagava para o fazerem (...)*” (CA2).

Exemplos de transcrições de unidades de registo do indicador *Boa relação*:

“Um enfermeiro supervisor que me marcou de forma positiva (...) Foi marcante pela humanidade demonstrada (...) desde o início que a postura do enfermeiro foi de grande abertura (...)” (AA3).

“A enfermeira preocupou-se também em saber o que eu sentia, apoiando-me quando tal facto aconteceu, [Morte de um doente] mostrando como a orientação vai para além do esclarecimento de dúvidas” (AA10).

“(...) foram os enfermeiros do Centro de Saúde que mais me apoiaram e acompanharam a minha aprendizagem, sendo sempre muito calmos e seguros em todas as suas acções” (BA6).

Na subcategoria **o aluno e os outros: colegas, equipa de saúde e família**, as doze unidades de registo (doze alunos), ficaram integradas no indicador *Boa relação*. Seguem-se exemplos de transcrições:

“Tive muito apoio de uma colega minha que sofreu muito com a professora também, ao ponto de ter desistido do estágio” (BA5).

“Tive o apoio dos meus colegas e dos meus pais (...) os meus colegas tentaram-me defender, mostrando à professora que eu não merecia aquela nota (...) foi um momento de discussão” (BA6).

“(...) nós alunos apoiamo-nos uns aos outros, para conseguirmos chegar ao fim (...)” (CA7).

“Quem me deu apoio foi a minha família” (CA9).

... Relação interinstitucional

Explicitámos esta categoria como **Comunicação escola/serviços**, e atribuímos-lhe dois indicadores, os mesmos da relação interpessoal: *Boa relação* e *Má relação*.

Os indicadores obtiveram a mesma frequência de unidades de registo e de unidades de enumeração: um.

Efectuada a análise, podemos concluir que:

- A relação dos **alunos com os utentes/doentes e com os colegas, família e equipa de saúde** é boa. Toda a análise efectuada não revelou nenhuma situação negativa com estes intervenientes.
- A **relação interinstitucional** não teve grande expressão no estudo. É um assunto ao qual os alunos não dão relevância, uma vez que eles não têm ainda percepção suficiente sobre os processos relacionais entre as instituições.
- Relativamente à **relação interpessoal entre os alunos e os docentes**, o estudo revelou-nos uma diferença enorme de unidades de registo entre a boa e a má relação. Esta má relação supervisiva é atribuída a diversas atitudes que impedem uma boa comunicação, como por exemplo: autoritarismo, exaltação, intimidação, injustiça, impulsividade, coercitividade, incompatibilidade, incompreensão e até falta de educação, que se manifesta por agressões verbais e não verbais.

Na boa relação, aqueles que a mencionaram, realçaram o diálogo e o apoio.

- A **relação dos alunos com os enfermeiros cooperantes** registou uma diferença significativa entre a boa e a má relação. Esta última apresentou mais unidades de registo e foi descrita caracterizando atitudes todas elas adversas à boa comunicação, como por exemplo: antipatia, desprezo, sarcasmo, agressões verbais e não verbais e falta de vontade em supervisionar alunos.

A boa relação foi descrita em termos de disponibilidade, simpatia, humanismo, motivação e apoio.

3.8 – Competências

Para analisar esta área temática orientámo-nos pela definição que consideramos para competência. Assim, entendemos que **competência** é uma

acção (acto; actividade) resultante da mobilização reflectida e eficaz de saberes numa situação inerente ao ensino clínico.

Para efectuar uma análise mais profunda, detalhada e rigorosa, a área temática **Competências** foi dividida em três sub-áreas:

- Desenvolvimento de competências no Aluno;
- Competência dos supervisores - Enfermeiro Cooperante;
- Competência dos supervisores - Docente.

As respectivas categorias e subcategorias são referidas *per si* antes da apresentação e interpretação dos dados referentes a cada sub-área.

... Desenvolvimento de competências no Aluno

A esta área temática atribuímos as seguintes categorias:

- Cognitiva;
- Comunicacional;
- Atitudinal;
- Técnica.

Para sustentar e facilitar a elaboração das unidades de registo, sentimos necessidade de dar uma definição a cada uma destas sub-áreas. As definições são as seguintes:

COGNITIVA – Aquisição de conhecimentos para mobilização reflectida de saberes que antecipam e fundamentam a acção.

COMUNICACIONAL – Comportamentos verbais e não verbais que, para além de meio de comunicação, estabelecem uma interacção que influencia o desempenho profissional (adaptada de Fachada,2000).

ATITUDINAL – Manifestação de comportamentos coerentes e congruentes para com a pessoa e os outros.

TÉCNICA – Aplicação de conhecimentos científicos no domínio da realização de tarefas e actividades instrumentais para atingir um objectivo definido previamente, mobilizando saberes relativos à eficácia e eficiência dos cuidados de enfermagem (adaptada de SÁ – CHAVES 2000; 98).

Quadro V – Grelha de análise sobre o Desenvolvimento de Competências no Aluno

Categorias	Subcategorias	Indicadores	Exemplos de enunciados	Freq. Abs. U.R.	Freq. Abs. U.E.
Cognitiva	Domínio de conceitos e métodos específicos	Integração de conhecimentos teóricos na prática profissional	<i>“(…) não tinha experiência, não tinha conhecimentos teóricos suficientes para eu própria actuar nas dispneias agudas (…)” (CA2)</i>	10	8
		Identificação das necessidades do utente/família/grupo	0	0	0
	Capacidade de resolução de problemas	Tomada de decisão	<i>“Durante todo o processo [bebé em paragem cardio-respiratória] mantive-me bastante assustada, sem saber bem o que fazer. Só reagia se me mandassem fazer alguma coisa.” (BA7)</i>	6	4
		Reacção às situações e/ou experiências vividas	<i>[Aluna que ao deparar-se com um choque hipovolémico, agiu sozinha com prontidão e calma] “Não tive tempo de entrar em pânico (…) ajudei nos cuidados de enfermagem, na entubação naso-gástrica e na punção de uma veia (…) só consegui parar para pensar na situação, quando estava a arrumar o material da enfermaria, depois da senhora já estar no Bloco.” AA7</i>	4	3
	Apropriação dos objectivos da enfermagem	Consciência profissional	<i>“(…) sempre me preocupei por fazer o meu melhor e nunca tive falhas de maior porque sei que esta é uma profissão que ao envolver seres humanos carece de muita atenção e responsabilidade(…)” AA5</i>	8	6
Comunicacional	Desenvolver competências interpessoais e sociais	Relação empática	<i>“(…) sempre que o doente tocava a campainha eu ia (…) ao reparar que ninguém lá ia, eu ia à enfermaria e atendia o doente.” (CA10)</i>	3	2
		Adaptação da linguagem	0	0	0
	Aplicação do processo de enfermagem	0	0	0	0

Continuação do Quadro V – Grelha de análise sobre o Desenvolvimento de Competências no Aluno

Categorias	Subcategorias	Indicadores	Exemplos de enunciados	Freq. Abs. U.R.	Fre Abs. U.E.
Atitudinal	Desenvolvimento de atitudes profissionais	Espírito de auto-formação	[Aluna que não soube actuar perante uma paragem cardio-respiratória] <i>“Após este episódio inscrevi-me num curso do INEM (...) porque nós somos os principais interessados na nossa aprendizagem.”</i> (BA7)	1	1
		Responsabilidade pessoal e profissional	[Aluna que ao deparar-se com um choque hipovolémico, agiu sozinha com prontidão e calma] <i>“(…) para além de todo o conhecimento técnico e científico que aprendi com a situação e na actuação que tive (...) valorizei muito a minha esfera pessoal enquanto futura profissional em formação.”</i> (AA7)	1	1
		Avaliação das consequências dos actos	[Professora que erra cálculos na medicação e a aluna não tem coragem para dizer] <i>“Aprendi que é importante mostrar o nosso ponto de vista, enquanto agentes activos na nossa própria formação (...) descobri que ficar “calada” nem sempre é a melhor solução (...)”</i> (AA9)	4	3
		Aceitação/Reacção à morte	<i>“Durante a fase teórica do curso não há muita referência à forma como encarar a morte de um doente (...) senti-me triste, só e revoltada(...) não devia sentir isto, porque é necessário encarar a morte como um fenómeno da natureza (...)”</i> (AA10)	4	3
	Capacidade crítica	Participação na avaliação do ensino clínico	<i>“Eu tenho noção do trabalho que desempenhei e da nota que realmente merecia ter.”</i> (BA2)	1	1
		Cuidados prestados	<i>“É importante aprender bem... Era importante nós sabermos fazer bem as coisas.”</i> [Prestar cuidados de enfermagem com qualidade] (CA9)	4	3
Técnica		Competências de transferibilidade de saberes	<i>“(…) como a enfermeira estava ocupada(...) disse-lhe que ia eu prestar [sozinha] os cuidados e fazer o penso segundo o esquema instituído.”</i> (AA7)	1	1
		Competências motoras, de destreza e habilidades manuais	<i>“Estava nervosa e a tremer e o doente um pouco apreensivo e inseguro (...) recordo-me que a punção” não correu lá muito bem”(…)”</i> (AA6)	4	4
		Planeamento de cuidados, estabelecimento de prioridades e avaliação de actividades técnicas específicas	<i>“Eu detectei que não tinha administrado uma medicação ao utente na hora prescrita(...)”</i> (AA4)	1	1

Observando o Quadro V verificamos que quanto à categoria:

...Cognitiva

Esta categoria é dividida por três subcategorias:

- Domínio de conceitos e métodos específicos;

- Capacidade de resolução de problemas;
- Assimilação dos objectivos da enfermagem.

No **domínio de conceitos e métodos específicos** optámos por dois indicadores: *Integração de conhecimentos teóricos na prática profissional* e *Identificação das necessidades do utente/família/grupo*.

Dez unidades de registo em oito alunos apareceram no indicador *Integração de conhecimentos teóricos na prática profissional*. Destes, apenas dois alunos conseguiram integrar conhecimentos teóricos na prática e seis não conseguiram integrar esses conhecimentos na prática profissional. Eis alguns exemplos dos que não conseguiram:

“O facto de não ter a mínima noção do que seria o suporte básico de vida, contribuiu para esta minha angustia (...) não saber como agir em caso de paragem cardio-respiratória” (BA7).

“Dei banho a um recém-nascido, após 15 minutos da mamada, foi a única vez que tomei esta decisão e assim o fiz, após permissão das enfermeiras (...) desde logo senti que a minha atitude não foi programada de acordo com os princípios teóricos leccionados” (AA1).

A seguir uma transcrição de uma unidade de registo de um aluno que integrou os conhecimentos teóricos na prática:

[Doente moribunda]“ (...) *prestei os cuidados necessários com todo o cuidado e atenção para não agravar a situação da doente*” (CA9).

O indicador *Identificação das necessidades do utente/família/grupo* não registou nenhuma unidade de registo.

A **capacidade de resolução de problemas**, a segunda subcategoria, tem dois indicadores: *Tomada de decisão* e *Reacção às situações e/ou experiências vividas*. Em termos de frequência de unidades de enumeração apresentam-se quase iguais. A primeira com 4 alunos e a segunda com três alunos. Relativamente à frequência das unidades de registo aparecem seis e quatro unidades de registo respectivamente.

Dos quatro alunos, dois conseguiram tomar uma decisão numa dada situação e os outros dois não conseguiram tomar uma decisão. Segue-se um exemplo de cada situação:

[Doente em choque hipovolémico por hemorragia gastro-intestinal] “ (...) a minha primeira reacção antes de chamar a enfermeira foi abrir o soro e avaliar a tensão arterial (40-20 mm hg) (...) sabia que tinha à minha frente um choque hipovolémico (...)” (AA7).

“Fiquei com um sentimento de inutilidade, sem saber o que fazer e com pena daquele jovem que estava às portas da morte” (BA10).

Na reacção às situações e/ou experiências vividas, constatámos que os três alunos reagiram “mal”, isto é, ficaram nalguns casos atónitos, noutros casos com dúvidas em relação ao que tinham executado e ainda “impotentes” e “perdidos”. As transcrições seguintes fazem transparecer isso mesmo:

[Aluna perante um choque hipovolémico]: “ (...) as dúvidas eram várias e os sentimentos difíceis de definir (...) fiquei algo dividida, confusa (...) sem saber se agi correctamente ou não (...) ” (AA7).

“(...) sem compreender este fenómeno [Morte] que me preocupa e para o qual não tive qualquer tipo de preparação, nomeadamente na escola(...) foi uma experiência muito embaraçosa porque não sabia o que havia de fazer, sentia-me perdida, caída num grande vazio(...)” (AA10).

A **apropriação dos objectivos da enfermagem** consiste numa interiorização dos alunos sobre o que é a enfermagem e qual o seu significado. Daí optarmos pelo indicador *Consciência profissional*. Os seis alunos e as oito unidades de registo, indicam-nos com clareza que os alunos se apropriaram já dos objectivos da enfermagem e têm consciência profissional. Alguns alunos referem: “Só entendo a enfermagem como uma profissão de ajuda e com carácter humano” (CA10).

“(...) aprendi que qualquer que seja o diagnóstico do doente, nada deve impedir que essa pessoa receba os cuidados básicos de saúde” (CA1).

...Comunicacional

Esta categoria divide-se em duas subcategorias:

- Desenvolver competências interpessoais e sociais;
- Aplicação do processo de enfermagem.

Desenvolver competências interpessoais e sociais, tem dois indicadores: *Relação empática* e *Adaptação da linguagem*. Não há diferença significativa nas frequências entre estes dois indicadores: o primeiro com três unidades de registo e o segundo com uma unidade de registo.

O desenvolvimento da *relação empática* no aluno está explícito em frases como estas: “(...) *mesmo numa situação urgente considero fundamental a vertente humana (...)*” (CA3).

“(...) *sempre que o doente tocava a campainha eu ia (...) ao reparar que ninguém lá ia, eu ia à enfermaria e atendia o doente*” (CA10).

“(...) *um dia em que eu estava a ajudar o doente (...)*” (CA10).

A *Adaptação da linguagem* significa apropriar a expressão oral na comunicação terapêutica e este indicador não apresenta nenhuma unidade de registo.

A **aplicação do processo de enfermagem**, a outra subcategoria, visto como um instrumento de comunicação de informação dentro da equipa multidisciplinar, não apresenta nenhuma unidade de registo.

... Atitudinal

Para esta categoria achamos pertinentes as seguintes subcategorias:

- Desenvolvimento de atitudes profissionais;
- Capacidade crítica.

O **desenvolvimento de atitudes profissionais** consiste no crescimento profissional através de comportamentos e acções adequados. Esta subcategoria foi analisada com os seguintes indicadores: *Espírito de auto-formação*, *Responsabilidade pessoal e profissional*, *Avaliação das consequências dos actos* e *Aceitação/Reacção à morte*.

A *Avaliação das consequências dos actos* e a *Aceitação/Reacção à morte*, registaram cada uma quatro unidades de registo, em três alunos.

Na *Aceitação/Reacção à morte*, temos as seguintes unidades de registo:

“Foi a primeira vez que um doente “me” morreu (...) foi muito enriquecedor e importante para o meu crescimento pessoal e profissional (...) É nos ensinamentos clínicos que aprendemos e adquirimos capacidades (...) ” (AA10).

“ (...) infelizmente não estamos tão bem preparados como devíamos estar, principalmente emocionalmente, esta dimensão [A morte] deveria ser mais trabalhada com os alunos” (BA4).

Os exemplos das unidades de registo da *Avaliação das consequências dos actos*, são:

[Opção na hora da morte: prolongar a vida sem qualidade?] *“(...) com tudo isto aprendi que todas as situações têm prós e contras que devem ser ponderados, criticamente avaliados e correctamente executados” (AA2).*

[Aluna que ajuda a cuidar de um doente mas não concorda com a forma como os enfermeiros o fazem] *“Eu sentia-me terrivelmente mal (...) só me apetecia fugir, senti-me a pessoa mais má do mundo (...) eu não fui capaz de reagir, fiquei perplexa” (CA9).*

Os indicadores *Espírito de auto-formação* e *Responsabilidade pessoal e profissional* apresentam só uma unidade de registo.

A **capacidade crítica**, a segunda subcategoria, traduz-se no conhecimento e no entendimento que o aluno possui para poder apreciar e avaliar situações ou cuidados prestados. Sob esta perspectiva, construímos dois indicadores: *Participação na avaliação do ensino clínico* e *Cuidados prestados*. O primeiro indicador apresenta uma unidade de registo e no segundo registam-se quatro.

Nos *Cuidados prestados*, os três alunos criticam as suas atitudes coerentemente. Um deles refere que: *“A professora e a enfermeira louvaram a minha atitude, dizendo-me que fui correcta no plano ético-profissional (...) ”* [Aluna que ao deparar-se com um choque hipovolémico, agiu sozinha com prontidão e calma] (AA7).

...Técnica

A esta categoria fizemos corresponder três indicadores: *Competências de transferibilidade de saberes*, *Competências motoras*, *de destreza e habilidades*

manuais e Planeamento de cuidados, estabelecimento de prioridades e avaliação de actividades técnicas específicas.

O indicador *Competências motoras, de destreza e habilidades manuais*, foi o que mais sobressaiu, com quatro unidades de registo, pois os outros dois indicadores apresentaram apenas uma unidade de registo.

Como se pretende que o ensino clínico permita desenvolver capacidades no aluno, na dimensão do *saber fazer*, é compreensível que este indicador nos apareça com uma frequência maior de unidades de registo, até porque constatamos que quotidianamente é uma vertente do ensino clínico que preocupa os alunos. Justificamos com os seguintes exemplos:

“(...) nunca tinha aspirado aquelas ampolas e não sabia como fazer (...)” (CA7).

“Dirigi-me ao senhor e retirei a ligadura que estava na perna com a ajuda de um colega (...) iniciei a aplicação de nova ligadura. Quando a professora lá chegou [à enfermaria] eu já tinha concluído a técnica” (CA5).

Após esta apresentação dos dados podemos concluir que:

- É significativo que seis alunos em oito, entendem que **não conseguiram integrar conhecimentos teóricos na prática profissional**, que apenas dois alunos em quatro reconhecem que conseguiram tomar decisões acertadas e que, na *reacção às situações e/ou experiências vividas*, os três alunos (a totalidade do indicador) não reagiram positivamente.
- Um total de seis alunos e oito unidades de registo revelou-nos que os alunos se **apropriam dos objectivos da enfermagem** e vão tomando consciência sobre o significado da profissão.
- Os alunos, no desenvolvimento de **competências interpessoais e sociais**, indiciam a preocupação em estabelecer relações baseadas na empatia, principalmente com o doente.
- No **desenvolvimento de atitudes profissionais**, os alunos avaliam as *consequências dos actos*, que estão directamente relacionados com a sua prestação de cuidados aos doentes e daqueles em que estão implicados com os docentes.

- Têm **capacidade crítica** quanto aos *cuidados prestados* e à *avaliação* do ensino clínico.
- As referências às *competências motoras, de destreza e habilidades manuais* apresentaram-se com mais frequência de unidades de registo dentro da respectiva área temática. Revelaram alguma insegurança e ansiedade. Este é um aspecto que preocupa os alunos, na medida em que a enfermagem é uma profissão muito técnica e existe a necessidade de adquirir e desenvolver com rapidez estas aptidões.

...Competência dos supervisores - Enfermeiro Cooperante

A esta área temática atribuímos as seguintes categorias:

- Formativas;
- Interpretativas;
- De análise e avaliação;
- Técnicas.

À semelhança do que fizemos para o desenvolvimento das competências no aluno, também definimos cada uma das categorias desta área.

Como as categorias para a área temática **Competência dos supervisores** - **Docente** são as mesmas dos **supervisores Enfermeiro-Cooperante**, decidimos colocar as definições nesta secção, não voltando a referenciá-las na secção seguinte.

As definições foram adaptadas de Alarcão (2002) e de Sá-Chaves (2000) no caso da competência Técnica. São as seguintes:

FORMATIVAS – mobilização e gestão de um conjunto de conhecimentos relativos a um domínio ou área científica ou necessários ao exercício de uma actividade, com o objectivo de transmitir conhecimentos, promover o desenvolvimento de capacidades, apoiar e estimular a aprendizagem.

INTERPRETATIVAS – capacidade de observação com o fim de efectuar uma leitura da realidade humana e do contexto, para atribuir um significado e/ou detectar necessidades emergentes.

De ANÁLISE E AVALIAÇÃO – Observação e estudo pormenorizado, com o objectivo de verificar a progressão do desempenho dos alunos expressando juízos de valor.

TÉCNICAS - aplicação de conhecimentos científicos no domínio da realização de tarefas e actividades instrumentais para atingir um objectivo definido previamente, mobilizando saberes relativos à eficácia e eficiência dos cuidados de enfermagem (adaptada de SÁ – CHAVES 2000).

Quadro VI – Grelha de análise sobre as Competências do Enfermeiro Cooperante

Categorias	Subcategorias	Indicadores	Exemplos de enunciados	Freq. Abs. U.R.	Freq. Abs. U.E.
Formativas	Conhecimento das metodologias, estratégias e conteúdos da formação	Mobilização e gestão de saberes	<i>“Nem sempre os profissionais têm presentes os conhecimentos teórico-práticos científicos para os transmitirem adequadamente aos alunos (...) os enfermeiros têm muitos vícios ao prestar cuidados de enfermagem (...)” (CA2)</i>	12	11
		Estimulação e motivação da aprendizagem	<i>“Os enfermeiros não nos tinham deixado realizar nenhum cuidado de enfermagem (...) fiquei revoltada por [os enfermeiros] nos considerarem ignorantes, sem sequer nos perguntarem que experiência já tínhamos.” (BA3)</i>	3	2
		Identificação de necessidades	0	0	0
Interpretativas	Leitura da realidade humana e do contexto	0	0	0	0
De análise e avaliação	Desempenho e desenvolvimento	Processo de avaliação do aluno	<i>“(...) a enfermeira responsável, chegando ao final do ensino clínico deu-nos a nota, mas baseando-se na nota do ensino clínico anterior, não se preocupando nada com aquilo que tínhamos realizado neste ensino clínico, que por sinal era bem diferente do anterior.” (BA9)</i>	2	2
		Abertura	0	0	0
	Situações	0	0	0	0
Técnicas	0	0	0	0	0

Observando o Quadro VI podemos constatar que:

... Formativas

Esta categoria tem uma subcategoria: **Conhecimento das metodologias, estratégias e conteúdos da formação** e três indicadores: *Mobilização e gestão de saberes*, *Estimulação e motivação da aprendizagem* e *Identificação de necessidades*. Este último indicador não apresenta nenhuma unidade de registo. Dos dois anteriores a este, a *Mobilização e gestão de saberes* foi o que mais unidades de registo obteve: doze, apresentadas por onze alunos. Há a salientar que destas, oito são negativas, denunciando a percepção que o aluno tem sobre este assunto em relação aos enfermeiros cooperantes. Eis os exemplos de unidades de registo que mostram como os enfermeiros cooperantes por vezes não utilizam as metodologias supervisivas mais correctas:

“Este episódio foi muito significativo, porque decorreu num dos meus primeiros momentos de prática clínica e me deixou muito indignada com o tipo de orientação daquela enfermeira tutora (...) Penso que de nada serve ter um enfermeiro a supervisionar, se ele não gosta de o fazer, nem o “sabe fazer” (...)” [Enfermeira que ordena a uma aluna que puncione uma veia sem a sua presença] (AA6).

“Este episódio foi significativo pois estava em “jogo” a nossa aprendizagem, a orientação não foi ideal, nem participativa de quem estava a orientar.” [Aluno sem uma orientação específica por parte da enfermeira responsável] (BA9).

“(...) os profissionais têm «visões» mais viradas para a prática (...) e é isso que nos transmitem o que nem sempre é positivo” (CA5).

Quatro unidades de registo apontam para uma boa *Mobilização e gestão de saberes*, como se pode constatar pelos exemplos seguintes:

“Estava com dois bons profissionais e que sabiam o que faziam, sempre atentos em todos os cuidados (...)” (AA2).

“A enfermeira tutora tornou-se mais do que um simples “poço de conhecimentos”, em que todas as dúvidas eram esclarecidas” (AA10).

“A presença da enfermeira foi bastante positiva, já que ela tomou a iniciativa de efectuar os procedimentos necessários quando o doente faleceu e teve em atenção o meu estado de desespero orientando-me nos cuidados sem obrigatoriedade (...)” (BA4).

No indicador *Estimulação e motivação da aprendizagem*, com três unidades de registo nos relatos de dois alunos, constatámos que um aluno apontou como positiva esta estimulação: *“Os profissionais que nos acompanham têm uma noção mais precisa do nosso desempenho, além de serem exemplo e objecto na nossa reflexão crítica, por forma a construirmos a competência que ambicionamos como enfermeiros que brevemente seremos (...) Aprendemos com a sua experiência e com o seu exemplo... Na actuação deste enfermeiro vi reflectido o profissional que quero ser, porque era assim que gostaria de ser cuidada” (AA3).*

O outro aluno apontou como negativa a estimulação e a unidade de registo encontra-se descrita no Quadro VI.

...Interpretativas

Para a subcategoria **Leitura da realidade humana e do contexto**, não registámos nenhuma unidade de registo.

... De análise e avaliação

Esta categoria foi dividida em duas subcategorias:

- Desempenho e desenvolvimento;
- Situações.

A segunda categoria não apresenta nenhuma unidade de registo.

À categoria **Desempenho e desenvolvimento**, atribuímos dois indicadores: *Abertura* e *Processo de avaliação do aluno*.

A primeira não obteve nenhuma unidade de registo.

O *Processo de avaliação do aluno*, com duas unidades de registo mencionadas por dois alunos, mostra que existem algumas lacunas no processo de avaliação do aluno: [Aluno que foi mal classificado porque os enfermeiros não sabiam os nomes dos alunos e trocaram a avaliação] “(...) *senti-me injustiçado e surpreso deixando transparecer sentimentos de desanimo(...)*” (BA8).

“(...) *a enfermeira responsável, chegando ao final do ensino clínico deu-nos a nota, mas baseando-se na nota do ensino clínico anterior, não se preocupando nada com aquilo que tínhamos realizado neste ensino clínico, que por sinal era bem diferente do anterior*” (BA9).

...Técnicas

Não registámos nenhuma unidade de registo.

Efectuada a análise, podemos concluir que:

- Na **mobilização e gestão de saberes** do enfermeiro cooperante, de doze unidades de registo, os alunos caracterizaram oito como negativas. Referem que os enfermeiros nem sempre têm presente os conhecimentos técnico-científicos para os transmitirem aos alunos e que possuem muitos vícios. Referem também o facto de alguns enfermeiros não saberem supervisionar, nem saberem estratégias de formação. Nas quatro unidades de registo consideradas positivas, os alunos enaltecem os conhecimentos técnico- práticos e científicos dos enfermeiros cooperantes.
- Na estimulação e motivação da aprendizagem salienta-se, pela negativa, o facto dos enfermeiros não deixarem os alunos realizar cuidados de enfermagem e, pela positiva, aqueles enfermeiros que servem de modelo para os alunos, aqueles que, segundo refere o aluno, são exemplo e objecto das reflexões críticas que os ajudam a construir a competência que desejam.
- No processo de avaliação do aluno, constatamos que dois alunos criticam a maneira como foram avaliados no seu desempenho e desenvolvimento pelos enfermeiros: troca de nomes que foram causa de má classificação e classificações baseadas em ensinos clínicos anteriores.

... Competência dos supervisores - Docente

Quadro VII – Grelha de análise sobre as Competências do Docente

Categorias	Subcategorias	Indicadores	Exemplos de enunciados	Freq. Abs. U.R.	Freq. Abs. U.E.
Formativas	Conhecimento das metodologias, estratégias e conteúdos da formação	Mobilização e gestão de saberes	<i>“ A presença do professor foi inútil (...) muitas vezes a professora que nos está a orientar não sabe nada acerca daquilo que se passa com os alunos (...) fiquei desanimado em relação ao esquema de orientação [da professora] e até mesmo em relação ao curso de enfermagem.” (BA8)</i>	12	10
		Estimulação e motivação da aprendizagem	0	0	0
		Identificação de necessidades	0	0	0
Interpretativas	Leitura da realidade humana e do contexto	0	0	0	0
De análise e avaliação	Desempenho e desenvolvimento	Processo de avaliação do aluno	<i>“Quando a professora começou a dizer que eu deveria melhorar neste e naquele aspecto, eu reagi dizendo-lhe que deveria ter dito isso na altura certa. No fim do estágio já não vale a pena corrigir, já não há nada a fazer. Não fazia sentido “corrigir o aluno” no último dia de estágio, quando até dava a ideia que tudo estava a correr muito bem.” (BA2)</i>	3	2
		Abertura	0	0	0
	Situações	0	0	0	0
Técnicas	0	0	0	0	0

Observando o Quadro VII, verificamos que quanto à categoria:

...Formativas

Esta categoria tem uma subcategoria: **Conhecimento das metodologias, estratégias e conteúdos da formação** e três indicadores: *Mobilização e gestão de saberes*, *Estimulação e motivação da aprendizagem* e *Identificação de necessidades*. Os dois últimos indicadores não apresentam nenhuma unidade de registo.

No indicador *Mobilização e gestão de saberes*, das doze unidades de registo descritas por dez alunos, dez apresentam uma conotação negativa. A seguir transcrevemos alguns excertos para melhor compreensão:

“Durante o estágio a professora perseguia-nos com perguntas, às quais não sabíamos dar resposta, porque nada tinha a ver com os cuidados que tínhamos de prestar naquela área (...) quanto aos enfermeiros, ficam perplexos de como uma professora assim, pode orientar um estágio, esta situação já se arrasta há anos” (BA1).

“(...) eu e a enfermeira concordamos não mudar as agulhas às seringas porque não as íamos utilizar (...) a professora disse-me para mudar as agulhas (...) eu disse que não era preciso (...) ela obrigou-me e eu tive que colocar novas agulhas (...)” (CA4).

Apenas duas unidades de registo mostram neste indicador aspectos positivos, com se exemplifica a seguir:

“(...) hoje em dia, mais do que nunca os professores batalham para que isso mude [valorizar a parte humana, a relação de ajuda, a humanização dos cuidados] para que os alunos que saíram ou vão sair mudem essa realidade” (CA2).

“(...) é imperiosa e muito importante a presença dos professores porque estes têm os conhecimentos teóricos” (CA5).

... Interpretativas

Para a subcategoria **Leitura da realidade humana e do contexto**, não registámos nenhuma unidade de registo.

... De análise e avaliação

Desempenho e desenvolvimento e Situações, são as duas subcategorias elaboradas para a análise desta categoria.

A subcategoria **Situações** não apresenta nenhuma unidade de registo.

A subcategoria **Desempenho e desenvolvimento** tem dois indicadores: *Processo de avaliação do aluno* e *Abertura*. Este último indicador não apresenta nenhuma unidade de registo.

O indicador *Processo de avaliação do aluno* apresenta uma frequência de três unidades de registo e são na sua totalidade negativas. Exemplos de transcrições:

[Professora que não acompanhou o aluno em estágio] *“ela nem tão pouco tinha o direito de me avaliar daquela forma, como se soubesse tudo a meu respeito (...) se tivesse sido corrigida atempadamente pela professora, a minha nota seria muito melhor”* (BA2).

“ (...) o professor para dar a nota correctamente e com consciência teria que passar connosco as oito horas do turno” (CA7).

...Técnicas

Não registámos nenhuma unidade de registo.

Realizada a análise, podemos concluir que:

- Quanto à mobilização e gestão de saberes, maioritariamente aparecem-nos unidades de registo que nos indicam que os alunos discordam das metodologias e estratégias da formação que os docentes aplicam. Alguns referem que, ou por ausência do docente ou por “presença de docentes inútil”, a metodologia seguida conduz os alunos ao “desânimo” e “medo”.
- O processo de avaliação do aluno, segundo a análise realizada, é na sua totalidade negativa, isto é, os alunos referem que os “esquemas de orientação” não são adequados, porque: não lhes fazem correcções atempadamente e se o fazem é de maneira “destrutiva” ou no final do ensino clínico e não os elucidam sobre situações ou casos. No final avaliam e classificam. Situação com a qual eles não concordam.
- Surpreendemo-nos pelo facto da categoria **Técnicas** e os dois indicadores *Estimulação e motivação da aprendizagem* e *Identificação de necessidades*, não apresentarem unidades de registo. São aspectos fundamentais nas competências dos docentes mas os alunos não as evidenciam.

3.9 - Estratégias de supervisão em ensino clínico

Definimos estratégia como um plano de acção pelo qual se escolhe, organiza e gere as actividades, com vista a atingir um objectivo.

Dividimos esta área temática em quatro categorias:

- Formulação de questões reflexivas;
- Análise de casos;
- Demonstração;
- Auto-supervisão.

As definições para cada uma destas categorias foram adaptadas de conceitos de Alarcão (2003), Sá-Chaves (2000) e Amaral, Moreira, Ribeiro (1996).

Assim, temos:

- FORMULAÇÃO DE QUESTÕES REFLEXIVAS – estratégia de questionamento promotora da reflexão, através da qual se pretende validar as práticas e as teorias.

- ANÁLISE DE CASOS – discussão de casos reais e problemáticos, ocorridos em determinado contexto da prática, relativamente aos quais se desenvolve conhecimento teórico. Permitem a partilha e a discussão de modo a que os conhecimentos se tornem mais eficazes.

- DEMONSTRAÇÃO - Ensinar, explicando e mostrando como se faz ou se usa, exemplificando, podendo envolver já o aluno na acção.

-AUTO-SUPERVISÃO - Estratégia pela qual, através da introspecção metacognitiva, da auto-análise e da auto-reflexão, o indivíduo adquire conhecimento de si próprio, e da sua actuação que o ajuda a consciencializar-se até onde pode ir no desenvolvimento das suas actividades, de modo a não cometer erros, a sentir-se seguro e a saber agir em futuras situações.

Quadro VIII - Grelha de análise sobre as Estratégias de Supervisão

Categorias	Subcategorias	Indicadores	Exemplos de enunciados	Freq. Abs. U.R.	Freq. Abs. U.E.
Formulação de Questões Reflexivas	Descrição	0	0	0	0
	Interpretação		[Aluno que prestou os cuidados de higiene a um recém-nascido na altura da digestão] “Depois deste acontecimento reflecti em conjunto com a professora que me fez perceber a responsabilidade dos meus actos.” (AA1)	2	2
	Avaliação		“Na nossa avaliação, em que estamos doze alunos para ser avaliados, a senhora professora deixou-me para o fim da avaliação para me dar uma nota baixa” (...) perguntei-lhe o porquê da minha nota e tentei por palavras defender o meu trabalho.” (BA6)	1	1
	Confronto	0	0	0	0
	Reconstrução	0	0	0	0
Análise de Casos		Partilha	(...) “ reflecti em conjunto com a professora a correcta intervenção, [Num caso de hemorragia gastrointestinal] o que deveria ser mudado e o meu papel (...) pude também conversar sobre o que senti naquele momento (...) partilhei esta experiência com os meus colegas e em conjunto reflectimos o que se tornou um momento importante e enriquecedor para todos.” (AA7)	2	2
Demonstração			“Eu tinha preparado a medicação endovenosa com auxílio da enfermeira que exemplificou (...)” (CA4)	4	4
Auto-Supervisão	Atitudes metacognitivas	Presentes	“(…) como sabíamos que a nossa experiência na actividade de enfermagem era pouco ou mesmo nenhuma, achamos que era melhor chamar um enfermeiro (...)” CA2	8	8
		Ausentes	0	0	0

Observando o Quadro VIII, constatámos que:

... Formulação de Questões Reflexivas

Esta categoria foi dividida em cinco subcategorias:

- Descrição;
- Interpretação;
- Avaliação;
- Confronto;
- Reconstrução.

Definimos cada uma das subcategorias:

DESCRIÇÃO – reorganização da experiência, recordando o que foi feito e objectivando a situação.

INTERPRETAÇÃO – questionamento sobre o significado da experiência, os porquês, de modo a que sejam identificadas as teorias e princípios subjacentes às práticas, através do diálogo consigo próprio ou com outros.

CONFRONTO – questionamento das teorias subjacentes às suas práticas, pela ponderação de teorias e práticas alternativas.

RECONSTRUÇÃO – reorganização ou integração do novo no conhecido.

AVALIAÇÃO – Formulação, verbal ou não, de um juízo de valor sobre aspectos relacionados com o processo formativo e supervísivo.

As subcategorias **Confronto**, **Reconstrução** e **Descrição** não apresentam nenhuma unidade de registo.

As subcategorias **Interpretação** e **Avaliação** aparecem quase em número igual: a primeira referenciada por dois alunos e a segunda por um aluno, com duas e uma unidades de registo, respectivamente.

Um exemplo de uma transcrição, mostra que o aluno questionou os “porquês” da situação, isto é, interpretou:

[O aluno] *“Reflecti sobre o assunto tentando chegar a uma conclusão do “porque é que aquilo foi feito” (...) [Doente que entrou em paragem respiratória e não lhe foi efectuada a reanimação, acabando por morrer] “ (...) pesando os prós e os contras, acabei por partilhar da atitude que a equipa tomou e compreendi que já não havia mesmo nada a fazer” (AA2).*

... Análise de casos

Para a categoria **Análise de casos**, definimos um indicador: *Partilha*.

Dois alunos, com uma frequência de duas unidades de registo, mostra que

a **análise de casos** é uma estratégia supervisiva utilizada. Transcrição de um exemplo:

“Esta questão [Aluna que não sabia puncionar uma veia e a enfermeira ordenou-lhe que o fizesse sozinha, enquanto atendia o telemóvel] foi apenas discutida com os meus colegas e posteriormente na unidade curricular de ética” (AA6).

... Demonstração

A categoria **Demonstração** apresenta quatro unidades de registo em quatro alunos. Exemplos de enunciados:

“Inicialmente, eu estava numa situação em que deveria fazer uma cateterização a um doente. Como não tinha experiência, a professora acompanhou-me e explicou-me” (BA5).

[A professora diz à aluna que pode ir fazendo a técnica de aplicação de ligaduras sem a presença dela: “ (...) a professora desfez tudo o que eu tinha feito e já na presença de colegas meus, procedeu à reaplicação da ligadura explicando todas as técnicas e pormenores (todo o acto de ligar demorou cerca de trinta minutos) (...) a professora disse que não podia perder aquela oportunidade de demonstrar as técnicas com tracção” (CA5).

“ (...) há sempre uma enfermeira responsável que nos orienta nos vários cuidados a prestar e nos mostra como actuar (...) ” (CA9).

... Auto-supervisão

Para esta categoria, definimos uma subcategoria: **Atitudes metacognitivas**. Por sua vez, esta subcategoria tem dois indicadores: *Presentes* e *Ausentes*.

Este último indicador não apresenta nenhuma unidade de registo. Pelo contrário, oito alunos com oito unidades de registo evidenciam a presença de **Atitudes metacognitivas**. A seguir vamos exemplificar com transcrições de unidades de registo:

[Aluno que prestou os cuidados de higiene a um recém-nascido na altura da digestão] “(...) *percebi então a importância desta reflexão que fiz e que não irei esquecer e fiquei mais alerta para reflectir sobre as minhas acções antes de as executar(...)*” (AA1).

“ (...) na altura em que detectei o erro fiquei apavorada, mas a primeira reacção foi ir ter com a enfermeira e informá-la da situação (...) pude verificar como é importante e como faz todo o sentido, chamarem-me a atenção de um erro (...) ” (AA4).

Realizada a análise, concluímos que:

- Pudemos verificar que, relativamente às estratégias supervisivas, os alunos não referenciaram muito esta área temática. Na totalidade contam-se dezassete unidades de registo em dezassete alunos. A maioria integra-se na categoria **Auto-supervisão**. Inferimos que esta pouca relevância atribuída por alguns alunos a estratégias, pode estar relacionada com a não clarificação das estratégias supervisivas utilizadas pelos supervisores. As estratégias supervisivas, não sendo discutidas com os alunos, torna-as pouco relevantes, por desconhecimento.
- Relativamente à **formulação de questões reflexivas**, vista como uma estratégia promotora da reflexão para validar as práticas e as teorias e através das subcategorias estudadas, verificámos que só a Interpretação e a Avaliação nos surgiram com unidades de registo, concretamente em reflexões sobre os porquês de determinada acção nas práticas.
- Alguns alunos mostram que *discutem* e *partilham* situações concretas, reais e problemáticas.
- Vários alunos dão relevância à **demonstração**, até porque no ensino clínico a aprendizagem prende-se muito com esta estratégia.
- Os alunos adquirem conhecimento de si próprios, o que permite consciencializarem-se sobre o que já sabem fazer e até onde podem ir no desenvolvimento das suas actividades, para não cometerem erros, sentirem-se seguros e saberem agir noutras situações.

3.10 – Condições de trabalho para a supervisão

Consideramos que as **condições de trabalho** são as circunstâncias, meios ou requisitos necessários ou existentes numa instituição, para que o objectivo seja atingido.

A área temática **Condições de trabalho para a supervisão** foi constituída pelas categorias que se seguem:

- Tempo de permanência dos supervisores em ensino clínico;
- Ambiente clínico;
- Ambiente psicológico.

Definimos assim estas categorias:

Tempo de permanência dos supervisores em ensino clínico – duração da estadia, dedicada pelos supervisores ao ensino clínico, para acompanhamento dos alunos.

Ambiente clínico – características do meio físico dos serviços que podem influenciar, positiva ou negativamente, a aprendizagem dos alunos em ensino clínico.

Ambiente psicológico – características anímicas dos intervenientes em ensino clínico que podem influenciar, positiva ou negativamente, a aprendizagem dos alunos.

Observando e analisando o Quadro IX, constatamos que relativamente ao:

... Tempo de permanência dos supervisores em ensino clínico

Esta categoria, apresenta duas subcategorias, que têm como referentes os próprios supervisores do ensino clínico: **Enfermeiro Cooperante** e **Docente**.

Decidimo-nos por dois indicadores *Ausentes para apoio/orientação* e *Presentes para apoio/orientação*. Os indicadores são os mesmos para ambas as subcategorias.

Enfermeiro Cooperante apresenta uma unidade de registo para os dois indicadores *Presentes para apoio/orientação* e quatro unidades de registo no indicador *Ausentes para apoio/orientação*, tornando-se este mais significativo do que o primeiro.

Quadro IX – Grelha de análise sobre as Condições de Trabalho para a Supervisão

Categorias	Subcategorias	Indicadores	Exemplos de enunciados	Freq. Abs. U.R.	Freq. Abs. U.E.
Tempo de permanência dos supervisores em ensino clínico	Enfermeiro Cooperante	Ausentes para apoio/orientação	“(…) há má vontade por parte dos enfermeiros para «perder tempo» a ensinar os alunos (…) o tempo faz muita falta (…) para se sentarem no gabinete a conversar (…)”(BA3)	4	3
		Presentes para apoio/orientação	“(…) um enfermeiro supervisor que marcou pela sua presença e seu apoio incondicional aos alunos (…)” (AA3)	1	1
	Docente	Ausentes para apoio/orientação	“(…) dado que o professor responsável praticamente não marcou presença naquele serviço durante todo o período de estágio.” (CA1)	9	5
		Presentes para apoio/orientação	0	0	0
Ambiente clínico		Recursos humanos	“A falta de recursos humanos pode criar algumas dificuldades nos serviços, nomeadamente no que respeita à disponibilidade dos enfermeiros para a formação de alunos.” (AA3)	2	2
		Recursos materiais	“(…) nem sempre é possível aplicar os conhecimentos teóricos que aprendemos na escola, por falta de material (…)” (CA5)	2	2
		Programação de actividades	“Estava a ser um turno muito atarefado e esta situação deveu-se a uma má programação das actividades.” (AA1)	1	1
		Oportunidade para praticar	“(…) lá «apareceu» um professor que não queria ferir as susceptibilidades dos enfermeiros e andamos seis semanas quase sem fazer nada.” (BA3)	1	1
		N.º de alunos por serviço	0	0	0
		Constatação sobre as práticas	“(…) o que ouvimos nas aulas nem sempre se verifica na prática, por várias condicionantes e para mim a principal é os enfermeiros da prática já não ligarem nada à teoria, dizem eles que isso «é nos livros» (…)” (AA4)	3	2
Ambiente psicológico		Segurança	“As professoras transformaram este período de aprendizagem num pesadelo.” (AA5)	4	3
		Constrangimento	“(…) os enfermeiros já não fazem assim como diz a teoria e nós temos que os imitar e calar (…)” (CA5)	2	2

Os alunos referem que sem orientação específica se sentem abandonados pelos enfermeiros. Evidenciámos em algumas unidades de registo esse abandono e pouca vontade em supervisionar. Exemplos:

“Eu e os meus colegas reagimos com surpresa, sem saber o que fazer [sem uma orientação específica por parte da enfermeira responsável] e dirigíamo-nos ao quarto do doente sem saber se era esse ou não, aquele que nos era distribuído, não fazia qualquer sentido! (...) ficávamos sem saber se iríamos ficar ou não com o doente que nos tinha sido distribuído no dia anterior, ficávamos abandonados, sem saber informações sobre os doentes.”

Relativamente ao **Docente**, o indicador *Presentes para apoio/orientação*, não registou nenhuma unidade de registo, enquanto que o indicador *Ausentes para apoio/orientação* apresentou nove unidades de registo em cinco alunos.

Esta diferença muito significativa na frequência das unidades de registo demonstra que os alunos sentem que os docentes lhes disponibilizam pouco tempo e que, assim, a supervisão dos ensinios clínicos fica afectada. As duas unidades de registo a seguir mencionadas revelam isso mesmo: “ (...) *a reflexão que fiz com os meus colegas, que também sentiam o mesmo [Revolta e injustiça] levou-nos à conclusão que poderíamos ter melhorado em alguns aspectos, caso tivéssemos sido seguidos pela professora*” (BA2) e “ (...) *a avaliação dos procedimentos do aluno é fraca, porque o professor não tem em conta a falta que ele próprio lá faz*” (BA3).

Temos a salientar que, ao longo de algumas narrativas, ficou bem expresso que os alunos se apercebem de que assim que iniciam os ensinios clínicos, o docente os “abandona”: “*A escola não dá qualquer apoio aos alunos, entregam-nos nos campos de estágio e pronto (...)*” (BA1) ou “ (...) *deveria haver mais apoio da escola aos seus formandos, principalmente com a presença de um professor (...)*” (BA3).

Alguns alunos justificam esta situação e atribuem estas circunstâncias ao facto dos docentes serem poucos para tantos alunos e simultaneamente desenvolverem outras actividades: “*O professor vai apenas uma hora ao estágio porque refere que tem outras actividades na escola (...)*” (BA3).

Analizando esta categoria, podemos inferir que os alunos avaliam a permanência dos docentes nos locais de ensino clínico e o apoio dos enfermeiros

como insuficiente para que se processe uma supervisão com resultados positivos.

... Ambiente clínico

Considerando as características do meio físico dos serviços, optámos por seis indicadores. São eles:

- *Recursos humanos;*
- *Recursos materiais;*
- *Programação de actividades;*
- *Oportunidade para praticar;*
- *Número de alunos por serviço;*
- *Constatação sobre as práticas.*

Entre eles não houve diferenças significativas. O indicador *Constatação sobre as práticas* é o que apresenta mais unidades de registo (três), enquanto que o indicador *Número de alunos por serviço*, não regista nenhuma. Os restantes indicadores oscilam entre uma e duas unidades de registo.

Relativamente à *Constatação sobre as práticas*, os enunciados revelam a reacção que os alunos têm sobre aquilo que observam nos serviços.

Eis um exemplo:

“(...) eu vinha da teoria com uma ideia totalmente diferente da prática (...) na teoria aprendi a dar mais valor à parte humana, a valorizar as queixas do doente (...)” (CA2).

Verificámos que existe, em alguns casos, uma discrepância entre a teoria e a orientação dos professores e a prática e a orientação dos enfermeiros. Esta situação conduz os alunos a viverem as realidades como descontínuas e ambivalentes. Depreendemos que os alunos se sentem por vezes confusos com esta dualidade, coexistindo neles sentimentos antagónicos face a esta problemática.

Os indicadores *Recursos humanos* e *Recursos materiais*, com duas unidades de registo cada, evidenciam algumas dificuldades que podem surgir nos ensinos clínicos, devido à falta de pessoal e material.

Apresentamos dois exemplos:

“ (...) nem sempre é possível aplicar os conhecimentos teóricos que aprendemos na escola, por falta de recursos humanos (...)” (CA5).

“Na prática observamos que a teoria nem sempre é aplicável. Existem condições que dificultam a sua execução na prática, tal como por exemplo aprendermos que nas técnicas dos injectáveis se deve mudar a agulha com que se aspira e depois na prática não há material que chegue” (AA3).

... Ambiente psicológico

A esta categoria fizemos corresponder dois indicadores: *Segurança e Constrangimento*.

O primeiro indicador apresenta quatro unidades de registo e o segundo duas, em três e dois alunos respectivamente. Não é grande a diferença entre eles.

Verificámos que as quatro unidades de registo do indicador *Segurança* apontam no sentido do desencadeamento de situações que conduzem à ansiedade que, por sua vez, se transforma em insegurança e intranquilidade.

Exemplo de unidades de registo:

“Sentia fortemente o peso da avaliação, criador de ansiedade e dificultador da aprendizagem (...)” (AA3).

“ (...) a professora apresenta uma patologia psiquiátrica que pelos vistos está descompensada e os alunos é que pagam! O ensino clínico poderia ter sido mais agradável se a supervisora fosse outra pessoa” (BA1).

No indicador *Constrangimento* evidenciámos imposição em algumas situações por parte dos supervisores. O exemplo de enunciado do Quadro IX revela bem o que acabámos de referir.

Chegados ao final da análise podemos concluir que:

- Quanto ao **tempo de permanência dos supervisores em ensino clínico**, a totalidade dos alunos, excepto um (na subcategoria Enfermeiro Cooperante), que referiram este aspecto, acham que a permanência é pouca, sendo o tempo para o apoio/orientação

insuficiente. No caso dos docentes, verifica-se que a presença para apoio/orientação é mesmo nula. Os alunos precisam de orientações específicas e concretas por parte dos supervisores quando se encontram nos serviços e de acompanhamento mais regular.

- No **ambiente clínico** realçamos o que os alunos observam nas práticas e deixam transparecer nas suas narrativas. Referem que por vezes existem condições de trabalho que dificultam a aprendizagem, como falta de recursos humanos e materiais, turnos muito atarefados, etc.
- Constatámos também que, em alguns casos, os alunos revelam na *Constatação das práticas*, que a teoria ministrada na escola e a orientação dos docentes e a prática e a orientação dos enfermeiros na prestação de cuidados de enfermagem os confunde. A desigualdade por vezes verificada entre estas duas dimensões, desencadeia no aluno um processo mental que contraria todos os pressupostos teóricos preconizados para uma boa aprendizagem das práticas: o aluno tem necessidade de aprender a relacionar o que está nos livros com o que se lhe apresenta no concreto e no real.
- O indicador *Segurança e Constrangimento* revela que os alunos se sentem ansiosos, tímidos e receosos perante atitudes menos positivas dos enfermeiros e docentes, que se traduz em insegurança e baixa auto-confiança.

4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Realizada a análise interpretativa dos dados, vamos seguidamente apresentar a discussão dos resultados.

... Caracterização do participante

A amostra seleccionada é predominantemente feminina: vinte e dois alunos do sexo feminino (73,3%) e oito alunos do sexo masculino (26,7%), o que se aproxima do que é habitual na profissão de enfermagem, tal como refere Salgueiro (2001:122): *“tradicionalmente considerada como profissão feminina ou exercida predominantemente por mulheres.”*

A faixa etária a que corresponde um maior número de alunos é a que tem um intervalo de idades compreendidas entre os 18 e os 23 anos: 26 alunos, que corresponde a 86,6%. É a faixa etária comum à generalidade da população estudantil no ensino superior. A formação inicial é geralmente realizada enquanto jovens adultos.

Os alunos não têm todo o mesmo número de ensinos clínicos. Esta desigualdade deve-se ao facto da amostra ser constituída por alunos de três escolas de enfermagem do País, com diferenças nos seus Planos Curriculares. Em média, os alunos fazem seis ensinos clínicos durante os três primeiros anos do curso.

As áreas do ensino clínico são muito diversificadas. Existem alguns serviços que apresentam um maior número de alunos, pois são locais de eleição para promoção da aprendizagem como, por exemplo, o serviço de medicina e o serviço de cirurgia com 26 alunos, seguindo-se muito de perto o serviço de pediatria e o serviço de obstetrícia com 24 alunos. Os Centros de Saúde aparecem só com 10 alunos, porque só numa Escola de Enfermagem é que o realizam no primeiro ano do curso. Nas outras duas escolas o ensino clínico em Centros de Saúde é realizado no 4º ano e esta colheita de dados foi efectuada aos alunos do 4º ano, mas no início do ano lectivo.

... caracterização geral dos episódios significativos

Pelos títulos que os alunos atribuíram aos episódios significativos, percebe-se a significação da narração. Predominam as áreas temáticas da **relação** e **competências**, sendo 76,6% interpretados de uma forma negativa, isto é, a narrativa assume, na sua globalidade, características de valoração negativa, revelando que existem algumas situações que não são favoráveis ao desenvolvimento da aprendizagem.

Verificámos que os alunos dão muita relevância às relações que constituem o ambiente em ensino clínico, daí a área temática **relação** estar representada em vinte e nove narrativas.

A área temática **competências** apareceu na totalidade das narrativas.

Entendemos que estes resultados indicam claramente onde incide a preocupação, o interesse e as expectativas dos alunos. Por outro lado, um grau tão grande de valoração negativa corresponde, no nosso entender, a uma insatisfação notória dos alunos em ensino clínico, sobretudo nos aspectos ligados à relação supervisiva e ao acompanhamento e orientação insuficiente.

A área temática **Representação da supervisão** não surge nenhuma vez. O motivo prende-se com o facto de esta não aparecer nos episódios propriamente ditos, mas em outros comentários que os alunos foram elaborando acerca da supervisão em geral.

Salientamos o facto de, apesar da valoração dos episódios ser tão negativa, nos terem surgido representações sobre a supervisão bem próximas do preconizado teoricamente. Supomos que os alunos idealizam uma supervisão que realmente gostavam de ver implementada e concretizada.

Nos episódios narrados existiram vários intervenientes: o aluno, o docente, o enfermeiro cooperante, o doente, os colegas e num episódio, o auxiliar de acção médica.

Os alunos aparecem sempre como intervenientes. O enfermeiro foi o que esteve mais presente, aparecendo em vinte e dois episódios. O docente surgiu dezassete vezes. A explicação pode encontrar-se no facto do docente não

permanecer muito tempo nos locais de ensino clínico e os enfermeiros terem que estar sempre presentes nos serviços.

O doente é referido onze vezes. A maioria em situações graves que desencadearam nos alunos variados tipos de reacções, promovendo simultaneamente momentos de aprendizagem.

Os colegas apareceram em catorze episódios, a maioria das vezes como apoio em situações relacionais mais complicadas.

... Representação dos alunos sobre supervisão

Apesar do conceito de supervisão não surgir completamente definido nas narrações, aparecendo fraccionado através de uma ou mais palavras, o que já esperávamos e é compreensível por se tratar de alunos em formação inicial, as narrativas foram reveladoras de que estes percebem o que é a supervisão.

A sua construção mental sobre o assunto não é diferente daquela que nos aparece nos referentes teóricos (claro está, mais básica). Eles referem que a supervisão tem a finalidade de os apoiar, orientar e contribuir para a sua aprendizagem, através de uma relação empática e de uma abordagem holística. Entendem o processo de supervisão como ajuda e não apenas com o objectivo de avaliar. Atribuem muita importância à dimensão relacional que consideram essencial para um bom desenvolvimento pessoal e profissional.

Como podemos verificar, os alunos integram no seu conceito de supervisão algumas das características importantes que os autores peritos na temática acentuam. Ao destacarem a dimensão de orientação e ajuda enquadram-se na opinião de Alarcão e Tavares (2003:16), que afirmam: “(...) *orienta um outro professor ou candidato a professor* (neste caso: aluno de enfermagem) *no seu desenvolvimento humano e profissional* (...) *Todas as tarefas realizadas pelos supervisores estão subordinadas a um verbo fulcral: ajudar*” (2003:56).

Os alunos reconhecem que a supervisão nos ensinamentos clínicos de enfermagem é indispensável e importante, existindo alguns factores que a influenciam positiva ou negativamente.

A presença ou ausência do supervisor, ou ainda as relações interpessoais, são referidas pelos alunos como condições que podem condicionar negativa ou positivamente, o desenvolvimento profissional.

Os alunos defendem a presença de um supervisor, mas com características que facilitem o processo de aprendizagem, tais como: disponibilidade, relação de confiança e motivação. Contestam e não querem ver integradas no carácter do supervisor a dimensão de injustiça e insensibilidade. São sensíveis à fraca formação em supervisão que percebem nos seus supervisores. Esta última foi a mais referida, o que nos permitiu concluir que os alunos têm a ideia de que quem os supervisiona deveria fazer formação nesta área, o que está de acordo com Vieira (1993), que nos refere que à experiência, perspicácia, inteligência, sensatez, simpatia, perseverança e imaginação, deve-se também acrescentar aos ingredientes da receita do supervisor para deixar de ser “à moda antiga”, uma postura reflexiva e uma formação especializada.

Alarcão e Tavares (2003: 56), a este respeito, afirmam que: *“o supervisor é um adulto normalmente desenvolvido física, biológica, psíquica e socialmente e com as capacidades e os conhecimentos suficientes nas áreas das respectivas especialidades e nos domínios psicopedagógicos e técnico-didáticos (...)”*.

Entendemos que na responsabilidade do processo de supervisão, os alunos não se referiram à responsabilidade partilhada pelo docente e pelo enfermeiro cooperante, porque não constataam essa realidade. Não verificam na prática essa participação activa dos dois supervisores: notam que não existe parceria plena, nem funções bem definidas entre eles. Carvalho (2002:179) afirma a este respeito: *“ (...) os parceiros da orientação clínica tenham poderes e responsabilidades idênticas, participando de forma activa e plena na formação dos estudantes de enfermagem, no processo de planeamento, execução e avaliação da aprendizagem clínica.”*

Em suma, constatámos que os alunos entendem e preocupam-se com a supervisão: aquela que lhes é feita (como é) e aquela que eles gostariam que fosse (como deve ser).

... Relação em contexto de supervisão

Da análise efectuada, não houve nenhuma consideração tecida pelos alunos que nos levasse a constatar que a relação destes com os utentes/doentes e com os colegas, família e equipa de saúde é má. Verificámos que em ensino clínico as relações interpessoais entre estes intervenientes é amistosa e até conciliadora, principalmente a relação entre o aluno e os colegas. A relação com os utentes/doentes caracteriza-se por solidariedade, carinho, ajuda e em alguns casos por sentimentos de consternação. Velez (1994), que abordou a estrutura da interacção aluno/doente, é citada por Abreu, (2001:50), e refere que *“a aprovação e a estima do doente são importantes para a auto-segurança do aluno e para as suas disposições e motivações para assistir (...)”*.

A relação interinstitucional não demonstrou grande expressão no estudo. É concebível que um assunto destes não faça ainda parte das preocupações dos alunos, pois eles ainda não possuem a percepção e o conhecimento suficiente sobre os processos relacionais e consequentes articulações entre as instituições. Apercebem-se de uma ou outra situação que surja mais directamente relacionada com as actividades que desempenham, mas as narrativas indicam que para eles são temas secundários.

Relativamente à relação interpessoal entre os alunos e os docentes, o estudo revelou-nos que existe uma má relação supervisiva. Este resultado vem ao encontro do que foi encontrado por Salgueiro (2001:237 e seg.): *“No que respeita à necessidade de mudança do processo de formação, o que mais deverá mudar é a relação professor-aluno.”* E ainda: *“Os aspectos negativos mais salientados, traduzem-se no distanciamento na relação professor/aluno.”*

Esta má relação é atribuída pelos alunos a diversas atitudes que impedem uma boa comunicação entre eles e os docentes, como por exemplo: autoritarismo, exaltação, intimidação, injustiça, impulsividade, coercitividade e incompatibilidade.

Para comunicar bem, característica fundamental do docente e do enfermeiro cooperante, estas atitudes, ou melhor, barreiras à comunicação em ensino clínico, não podem ocorrer. Apoiamo-nos em Garmston *et al* (2002:21),

para defender esta convicção: *“Os supervisores deverão estar conscientes (...) nas suas próprias mensagens verbais e não verbais, de modo a promoverem interações que se pautem por uma comunicação, uma confiança e uma aprendizagem crescentes.”*

Na comunicação, o fenómeno de retroacção é essencial, isto é, no processo de comunicação deve-se observar a reacção daqueles a quem nos dirigimos. É através do *feed-back* que podemos orientar as nossas comunicações futuras, não só o que dizemos ou o que queremos exprimir, mas também o modo como o fazemos (Fachada, 2000).

Apareceram também nos resultados outros elementos não menos preocupantes do que os anteriores. Os alunos narram episódios onde a incompreensão e até falta de educação, manifestada por agressões verbais e não verbais, acontecem.

Estas agressões não verbais, também elas uma condicionante à comunicação interpessoal, consistem em expressões faciais, posturas corporais e, sobretudo, timbre e volume da voz alterados, que transmitem aos alunos emoções e sentimentos de medo, raiva, insegurança e descontrolo, conduzindo a inibições que se traduzem depois em incapacidade para executar uma tarefa, prestar cuidados de enfermagem, responder a questões ou até colocar dúvidas. Tavares (1996: 65) refere que *“na relação nós comunicamos muito mais que através das palavras. Os não verbais assumem um papel de principal importância.”*

A boa relação entre o aluno e o docente não é a desejável e aqueles que a mencionaram realçaram o diálogo e o apoio concedido durante o período de ensino clínico.

A relação dos alunos com os enfermeiros cooperantes registou uma diferença também significativa entre a boa e a má relação. Esta última, apresentou-se com resultados mais elevados. Foi descrita, tal como aconteceu na relação com os docentes, por atitudes adversas à boa comunicação, caracterizadas por: antipatia, desprezo, sarcasmo, agressões verbais e não verbais e falta de vontade em supervisionar alunos. Como se pode verificar, existem algumas diferenças entre estas atitudes e as dos docentes. Não são as

mesmas, (as dos enfermeiros cooperantes são mais baseadas no adjetivo “indesejável”) exceptuando as agressões verbais e não verbais, que se inter-cruzam na mesma tónica.

Das seis áreas de características que o supervisor deve apresentar, identificadas por Mosher e Purpel (1972) e citados por Alarcão e Tavares (2003:73), duas delas referem-se precisamente à *“capacidade para estabelecer uma comunicação eficaz a fim de perceber as opiniões e os sentimentos dos professores (alunos, doentes) e exprimir as suas próprias opiniões e sentimentos”* e *“skills de relacionamento interpessoal.”*

A boa relação entre o aluno e o enfermeiro cooperante, foi descrita em termos de disponibilidade, simpatia, humanismo, motivação e apoio.

Temos que salientar o facto da grande diferença registada em termos de frequência de registo e de frequência de enumeração, entre a boa e a má relação com os docentes e a boa e a má relação com os enfermeiros cooperantes. Na primeira, a má relação atingiu um valor muito elevado, enquanto que, na segunda, o resultado também é preocupante, apesar de se registarem muito menos unidades de registo nos dois indicadores.

Toda a discussão anterior é confirmada por Carvalho (2002:121). Esta refere que no seu estudo, os alunos hierarquizaram de igual modo a valorização das características do papel dos professores e dos enfermeiros enquanto orientadores clínicos, *“confirmando assim, a valorização do desenvolvimento de um clima de diálogo, abertura e confiança, onde haja aceitação, compreensão e respeito pelos estudantes.”*

Temos que acentuar que o trabalho do supervisor, para além de outras dimensões (como é óbvio), também se desenvolve na dimensão interpessoal. Esta tem a ver com o relacionamento empático e construtivo entre as pessoas envolvidas no processo de formação (Cogan, 1973 e Goldhammer *et al*, 1980, cit. em Vieira, 1993).

É de salientar, que os alunos manifestaram que se apercebem que a capacidade empática nos enfermeiros não está suficientemente desenvolvida, sobretudo em relação ao utente/doente, chegando mesmo, nalgumas situações, a referir a ausência desta capacidade. A empatia como, nos refere Rogers

(1977:73), *“Implica dar-lhe a conhecer o modo como sentimos o mundo dele (...)”*. Através de alguns casos narrados, os alunos não identificaram o enfermeiro como alguém que se põe no lugar do outro para melhor estabelecer a relação de ajuda.

Achamos interessante salientar, a propósito destas constatações dos alunos sobre a relação empática nos enfermeiros, os resultados do estudo de Salgueiro (2001:191 e seg.): *“As respostas relativas à importância atribuída (...) quanto à possibilidade de pôr em prática a capacidade de relação empática com as pessoas (...) na opinião dos estudantes, a possibilidade de na prática desenvolverem esta capacidade, na sua actividade de enfermeiro, fica (...) abaixo da importância que lhe atribuem.”* Pode significar que, enquanto alunos, dêem importância à relação empática, mas na prática, já como enfermeiros, esta importância venha a diminuir.

Fazendo uma ligação entre as características que o supervisor deve manifestar, referidas pelos alunos na secção anterior e a relação supervisiva, constatamos que aquelas que eles gostariam de observar nos supervisores (disponibilidade, relação de confiança e motivação) são atributo das boas relações interpessoais, que eles também consideram, na secção anterior, como elemento facilitador na supervisão dos ensinos clínicos. Estas duas áreas, as características do supervisor e a relação supervisiva, na prática cruzam-se e entrecruzam-se de tal modo que se torna difícil isolá-las e analisá-las separadamente. Pelo exposto, consideramos discutir os resultados das características do supervisor mais detalhadamente nesta secção.

Neste âmbito, os resultados que surgiram neste trabalho estão de acordo com as teorias preconizadas sobre supervisão, relativamente aos aspectos que os alunos gostariam e, contrária àquilo que eles encontram na realidade. Vejamos:

As características ideais de um supervisor, descritas pelos alunos, são apoiadas na teoria de Blumberg (1976) citado por Alarcão e Tavares (2003:73): *“(...)indivíduos abertos, de contactos fáceis, humanos e flexíveis, com os quais seria agradável trabalhar (...)”*.

A relação supervisiva vista na perspectiva do aluno é antagónica ao preconizado por Alarcão e Tavares (2003:61): *“Efectivamente, para que o*

processo de supervisão se desenrole nas melhores condições é necessário criar um clima favorável, uma atmosfera afectivo-relacional e cultural positiva, de entreajuda, recíproca, aberta, espontânea, autêntica, cordial, empática, colaborativa e solidária entre o supervisor e o professor.” (neste caso, aluno de enfermagem).

Abreu (2002) refere também que o êxito do processo de supervisão clínica em enfermagem depende da qualidade da relação entre o supervisor e o supervisando.

... Competências

... dos alunos

A expressividade dos resultados, relativamente à integração de conhecimentos teóricos na prática profissional, à tomada de decisões e à reacção às situações, permite-nos concluir que:

- No primeiro caso, há uma relação com a ausência de conhecimentos teóricos (por não lhes terem sido ministrados ou por terem sido esquecidos). Daí, a maioria dos alunos não conseguirem fazer essa integração, apesar de referirem que a teoria é importante para se praticarem correctamente os cuidados de enfermagem. Este resultado está de acordo com o de Abreu (2001:236), que nos diz: *“É particularmente relevante, no discurso dos alunos, a alusão à importância dos saberes teóricos para o desenvolvimento da prática profissional, mas igualmente a constatação que os mesmos não comportam referenciais operatórios directos com as práticas.”*

- No que se refere à dificuldade em tomar decisões, mas à capacidade de correr riscos que alguns demonstraram, encontra-se fundamentação em Queirós (2002), quando nos refere que o aluno começa por desenvolver a capacidade de tomar decisões com uma visão limitada das opções possíveis, mas vai alargando as suas escolhas até chegar a várias opções com capacidade de diferenciar

benefícios para cada uma delas. No nosso trabalho as evidências dos que tomaram uma decisão foram iguais às dos que não tiveram essa capacidade;

- Finalmente, a reacção às situações vividas prendem-se sobretudo com aspectos ligados à morte de doentes e a situações de emergência. Constatámos que os alunos reagiram “mal”, isto é, ficaram, nalguns casos, atónitos, noutras casos, com dúvidas em relação ao que tinham executado e ainda “impotentes” e “perdidos”.

Todas estas situações podem dever-se à pouca consistência de conhecimentos teóricos e à dificuldade na sua mobilização oportuna e reflectida.

Os alunos, ao longo do ensino clínico, apropriam-se dos objectivos da enfermagem e vão tomando consciência sobre o significado da profissão, que está em conformidade com o que refere D. Espiney, (1997:177): *“ao reflectirmos sobre o que foi dito pelos alunos pode dizer-se que é atribuído por eles ao estágio, local onde têm oportunidade de agir e se assumir como enfermeiros, um papel determinante na aprendizagem do que é a enfermagem.”*

No desenvolvimento de competências interpessoais e sociais, indiciam a preocupação em estabelecer relações baseadas na empatia, principalmente com o doente. Queirós (2002) alega, que nas capacidades de comunicação (escritas, verbais e não verbais), o aluno vai aprendendo métodos de comunicação, começando por identificar padrões de comunicação afectivas.

No que se refere ao desenvolvimento de atitudes profissionais, os alunos avaliam as consequências dos actos, que estão directamente relacionados com a sua prestação de cuidados aos doentes e aqueles em que estão implicados com os docentes. Na reacção à morte, deparamo-nos com descrições onde se nota claramente que os alunos não estão preparados para a enfrentar. Não tiveram a preparação adequada na escola, principalmente no que se refere aos aspectos emocionais.

Numa narrativa, (mas só numa) o espírito de auto-formação foi também mencionado. Sabemos que, de entre os vários objectivos que um supervisor deve ter em mente, o desenvolvimento, nos alunos do espírito de auto-formação é um deles (Alarcão e Tavares, 2003), mas não há nenhuma evidência, mesmo neste aluno de que os supervisores tenham tido essa preocupação. Em outras

situações verificámos que os alunos referenciam a auto-aprendizagem como um factor importante na construção do conhecimento e têm a noção de que a construção dos seus caminhos e dos seus sentidos tem que ser realizada por eles próprios (Sá-Chaves, 2001).

Constatámos que os alunos desenvolvem a capacidade crítica quanto aos cuidados prestados e na avaliação do ensino clínico, na lógica do que é afirmado por Alarcão e Tavares (2003:72): *“capacidade de reflectir e fazer críticas e auto-críticas de modo construtivo.”*

As competências atitudinais, adquiridas gradativamente quase que em paralelo com o desenvolvimento pessoal, ampliam-se e aperfeiçoam-se através da reflexão do sistema pessoal de valores. Os alunos começam por clarificar os seus valores pessoais, identificam a aprendizagem como um processo para toda a vida e integram os valores éticos na prática da enfermagem. Finalmente alcançam o desenvolvimento da sensibilidade e aceitação da diversidade (Queirós, 2002).

No desenvolvimento das competências motoras, de destreza e habilidades manuais, os alunos sentem-se inseguros e ansiosos porque, como a enfermagem é uma profissão que tem muitas técnicas, há a necessidade de alcançar rapidamente estas aptidões e esta, particularmente preocupa os alunos. É um processo lento. Queirós (2002), refere que, nas intervenções terapêuticas de enfermagem, os alunos iniciam a aquisição de capacidades psicomotoras e vão progredindo nestas capacidades e finalmente dão provas de existência de capacidades psicomotoras seguras.

Constatámos também que a insegurança e a ansiedade referidas estão relacionadas com a má relação supervisiva. A angústia gera *stress* psicológico e este, por sua vez, inibe o funcionamento cognitivo. Garmston *et al* (2002:24), afirmam que *“A certos níveis, o stress psicológico limita a cognição e as capacidades de tomada de decisões.”*

As incapacidades cognitivas geradas conduzem às incapacidades psicomotoras, o que faz com que os alunos nos descrevam sintomas como: tremores e suores.

Para concluir, elaborámos uma síntese das competências que emergiram e não emergiram neste estudo.

Emergiram:

Competências cognitivas:

- Capacidade de resolução de problemas: Tomada de decisão
Reacção às situações e/ou experiências vividas;
- Apropriação dos objectivos da enfermagem.

Competências comunicacionais:

- Desenvolvimento de competências interpessoais e sociais.

Competências atitudinais:

- Desenvolvimento de atitudes profissionais;
- Capacidade crítica.

Competências técnicas:

- Competências de transferibilidade de saberes;
- Competências motoras, de destreza e habilidades manuais;
- Planeamento de cuidados, estabelecimento de prioridades e avaliação de actividades técnicas específicas.

Não emergiram:

Competências cognitivas:

- Integração de conhecimentos teóricos na prática profissional;
- Identificação das necessidades do utente/família/grupo.

Competências comunicacionais:

- Aplicação do processo de enfermagem;
- Adaptação da linguagem.

...Competência dos supervisores - Enfermeiro Cooperante

O conhecimento do enfermeiro cooperante sobre as metodologias, estratégias e conteúdos da formação, foi considerado pelos alunos como insuficiente.

Referem que os enfermeiros nem sempre têm presente os conhecimentos técnico-científicos para os transmitirem adequadamente aos alunos e que possuem “muitos vícios”. Interpretamos estes “vícios”, como acções e atitudes incorrectas (sob o ponto de vista científico e técnico) em intervenções terapêuticas e não terapêuticas. Referem também o facto de alguns enfermeiros não saberem supervisionar, nem saberem estratégias de formação. Confirmamos estes nossos resultados com as conclusões de Carvalho (2002:178): “(...) *importância e necessidade de uma formação profissional e pedagógica (...) estudarem-se formas de selecção do enfermeiro orientador em cada serviço, com objectivos e funções semelhantes à de preceptor de modo a ser proporcionado, a estes profissionais, formação pedagógica (...)*”.

Na estimulação e motivação da aprendizagem salienta-se, pela negativa, o facto dos enfermeiros não deixarem os alunos prestar cuidados de enfermagem. Esta negação à experiência provoca nos alunos desmotivação e revolta. Esta situação está longe de ser a ideal, até porque os supervisores devem “*encorajar*” (Alarcão e Tavares, 2003:74) os seus alunos.

Os enfermeiros que servem de modelo aos alunos, aqueles que são exemplo e objecto das reflexões críticas, são apontados pela positiva e normalmente referidos porque os ajudam a construir a competência que desejam.

No processo de avaliação do aluno, constatámos que os alunos criticam a maneira como foram avaliados no seu desempenho e desenvolvimento pelos enfermeiros. Esta crítica não é uma contestação ao produto final (classificação), mas uma contestação ao desenrolar do processo. Criticam porque são avaliados por experiências anteriores ou porque os enfermeiros sem os conhecerem bem, no final fazem a sua avaliação. A avaliação é importante no processo de formação (Alarcão e Tavares, 2003) e como meio utilizado na supervisão, tem que obedecer a critérios rigorosos e justos.

Salientamos o facto de nenhum aluno se ter referido às competências técnicas dos enfermeiros.

... Competência dos supervisores - Docente

Na dimensão do conhecimento sobre as metodologias, estratégias e conteúdos da formação que os docentes apresentam, só nos apareceram excertos de narrações relativos à mobilização e gestão de saberes. Estes, maioritariamente, indicam-nos que os alunos discordam das metodologias e estratégias da formação que os docentes utilizam. Alguns referem que, ou por ausência do docente ou por “presença de docentes inútil”, a metodologia utilizada permite que se despertem nos alunos estados de “desânimo” e de “medo”.

Salgueiro (2001) confirma que quanto à necessidade de mudança no processo de formação, os alunos também referem a metodologia.

No processo de avaliação do desempenho e desenvolvimento do aluno, os resultados são, na sua totalidade, negativos. Os alunos não concordam que, no final do ensino clínico lhes atribuam uma classificação sem os elucidarem ou corrigirem em tempo real. No estudo de Carvalho (2002), na valorização das características do papel do docente enquanto orientador clínico, os docentes, remetem a avaliação para penúltimo lugar. A autora questiona-se acerca deste resultado e indaga: *“Será que os orientadores clínicos realmente não consideram, como uma questão importante, a avaliação em ensino clínico?”* (p. 156). Através do nosso trabalho, atrevemo-nos a responder: não, e justificamos esta nossa afirmação.

Sabemos que o processo de avaliação não é algo de exógeno ao processo de ensino-aprendizagem, nem independente das diversas componentes que envolvem o mesmo processo: *“Quando falamos de avaliação não estamos a falar de um facto pontual ou de um acto singular, mas de um conjunto de fases que se condicionam mutuamente. (...) Por sua vez a avaliação não é (não deveria ser) algo separado do processo de ensino-aprendizagem, não é um apêndice independente do referido processo (...)”* (Zabalza, 1995:239). Deve ser contínuo e objectivo. Ora, se tem que integrar estes elementos e se os alunos nos referem que os docentes só lhes chamam à atenção para os aspectos a melhorar no final do ensino clínico, já no momento de os classificar, então temos de concluir que os docentes se preocupam com a classificação e não com o processo de avaliação.

Referem também que a supervisão realizada pelos docentes não é adequada porque a fazem segundo esquemas de orientação “despropositados”, “destrutivos” e rígidos ou segundo esquemas de “desinteresse” e afastamento dos alunos, ou seja, na nossa perspectiva, sem orientação conveniente e apropriada o que desmotiva os alunos.

Estes resultados vêm colidir desastrosamente com as teorias supervisivas: *A supervisão como processo de apoio à formação (...) tem necessidade de usar meios adequados para o desenvolvimento de tal processo tais como: observar, projectar, agir, reflectir, planejar, agir de novo, dialogar, comunicar, avaliar, etc. (...)*” (Formosinho, 2002:116).

Salientamos o facto de não haver nenhuma evidência nas narrativas, a propósito da estimulação e motivação da aprendizagem, à identificação de necessidades e às competências técnicas. São aspectos importantes que devem integrar as competências dos docentes. Entendemos que os alunos não fizeram referência ao primeiro, a estimulação e motivação da aprendizagem, porque talvez não tenham sentido o estímulo, a motivação, que é fundamental para quem estar a ser supervisionado. Não se referiram à identificação de necessidade e às competências técnicas, porque talvez não tivessem oportunidade de observar os docentes relativamente a estes aspectos.

... Estratégias de supervisão em ensino clínico

Os resultados mostraram-nos que esta área temática não foi muito abordada pelos alunos. A totalidade das unidades de registo integrou-se, na sua maioria, na estratégia “Auto-supervisão”. É de admitir que a pouca relevância atribuída por alguns alunos a estratégias pode estar relacionada com a sua in experiência sobre formação e sobre conhecimento profissional, o que contribui para a não valorização do assunto. Pode haver relação entre a não clarificação das estratégias supervisivas utilizadas pelos supervisores (as estratégias não serem discutidas com os alunos) e os resultados obtidos.

Ao longo das narrativas os alunos não evidenciam aspectos ligados à dinamização da reflexão durante o ensino clínico. Relativamente à formulação de questões reflexivas, verificámos que só na “Interpretação” e na “Avaliação”, nos surgiram concretamente reflexões sobre os porquês de determinada acção nas práticas.

Estes resultados contrariam a abordagem de Schön (1983,1987), citado por Alarcão e Tavares (2003) e Alarcão (1996), que se baseia no valor da reflexão *na e sobre a acção*, visto ter que se partir de uma característica intrínseca à vida profissional: a *imprevisibilidade dos contextos de acção*. A esta reflexão, com o objectivo de se construir o conhecimento profissional, Schön (1983, 1987), citado pelos autores acima referidos, denominou *epistemologia da prática*.

Alarcão e Tavares (2003:35) abordam o cenário reflexivo e referem a propósito deste que “*o papel dos supervisores é fundamental para ajudar os estagiários a compreenderem as situações, a saberem agir em situação e a sistematizarem o conhecimento que brota da interacção entre a acção e o pensamento.*”

A demonstração é uma estratégia que os alunos valorizam, porque no ensino clínico a aprendizagem também se realiza através da demonstração, muitas das vezes envolvendo já o aluno na acção.

Entendemos que a esta valorização da demonstração e evidências de pouca reflexão, está subjacente a necessidade em ver os supervisores fazerem bem, com o intuito de aprenderem com rapidez. Estas características aproximam-se da linha do *cenário da imitação artesanal*, em que a arte do mestre era transmitida ao aprendiz. Este seguia o único modelo existente, aquele que é tido por todos como o que “sabe fazer”. O objectivo deste cenário é apenas um: praticar com a pessoa experiente. Só se aprendia a fazer apenas através da imitação pura das demonstrações que o prático transmitia (Alarcão e Tavares, 1987, 2003).

Apesar de constatarmos que os alunos não valorizaram as estratégias em geral como já foi referido e que não se evidencia a promoção da reflexão *antes, na e sobre a acção*, deparámo-nos mesmo assim, com unidades de registo onde explicitamente se certifica que os alunos fazem auto-supervisão. Para a

realizarem tiveram que se auto-analisar e auto-reflectir, levando-nos a concluir que, mesmo sem a intervenção directa do supervisor, os alunos vão adquirindo conhecimento de si próprios e se fazem auto-supervisão, é por necessidade de defesa, para não cometerem erros ou para saberem agir em situações futuras, no fundo, é para se sentirem seguros.

Com a análise de casos, outra das estratégias referidas, alguns alunos mostram que discutem e partilham situações reais e problemáticas vivenciadas em ensino clínico. A análise de casos, como afirma Alarcão e Tavares (2003:103): *“apresenta-se-nos como uma estratégia de grande valor formativo.”*

... Condições de trabalho para a supervisão

O tempo de permanência dos supervisores em ensino clínico é referido pelos alunos como reduzido, o que implica orientação e apoio insuficiente. No caso dos docentes, verifica-se que a sua presença, para apoio e orientação, é nula. Os alunos explicitam a necessidade de orientações específicas e concretas por parte dos supervisores e de acompanhamento mais regular.

Relacionando com a primeira área temática (representação da supervisão), em que, para os alunos, a presença ou ausência do supervisor é um factor facilitador ou dificultador da aprendizagem e considerando que, para eles, a supervisão deve ser da responsabilidade do enfermeiro cooperante, podemos concluir com os resultados obtidos nesta categoria que, afinal, a presença do docente também é relevante. Alguns alunos referem que os docentes têm os conhecimentos teóricos, são transmissores de diversos saberes e têm a formação pedagógica enquanto que os enfermeiros têm os conhecimentos práticos, são mais objectivos e são elementos facilitadores da integração no serviço e na equipa de enfermagem. Estes resultados vêm ao encontro dos de Carvalhal (2002:123): *“os estudantes vêem no enfermeiro orientador um elo de ligação ao mundo real da enfermagem, que lhes facilita a integração e a compreensão desse mundo. (...) os estudantes, no essencial, parecem valorizar de forma semelhante*

o papel de ambos os orientadores clínicos. (...) os estudantes confirmam a grande valorização da relação de ajuda, na relação pedagógica (...) ”.

No ambiente clínico também existem por vezes condições de trabalho que dificultam a aprendizagem, como a falta de recursos humanos e materiais, turnos muito atarefados, etc.

Os alunos constataam nas práticas as divergências entre a teoria e a prática. Entre estas duas dimensões, fundamentais para a aprendizagem em ensino clínico, parece haver uma barreira que as bloqueia e lhes corta a comunicação. Os alunos referem que, na prática, existem condições que dificultam a aplicação da teoria, desde os recursos, até às concepções dos enfermeiros, que já não passam “pelos livros”. Abreu (2001:306), afirma que:

“É desejável (talvez mesmo inevitável) que, no futuro, os profissionais do exercício estejam mais próximos dos desenvolvimentos teóricos e que os docentes se envolvam de forma mais acentuada nas realidades assistenciais (...) Esta maior recursividade entre a teoria e a prática, entre os docentes de enfermagem e os profissionais do exercício poderá contribuir para superar toda uma série de constrangimentos que têm sido apontados como perturbadores na formação dos alunos.”

Os nossos resultados também revelam estes constrangimentos, o que faz com que os alunos se sintam incomodados porque ficam numa posição constrangedora: como é que fazem?

Apesar da programação de actividades e da oportunidade para praticar cuidados de enfermagem terem sido referidas apenas por um aluno, não queremos deixá-las sem um comentário.

Sabemos da importância do planeamento em qualquer actividade. Ela é fundamental para o sucesso da supervisão e consequentemente para o sucesso da aprendizagem. A programação adequada ajuda na clarificação dos objectivos, métodos e estratégias, o que, por sua vez, pode tornar melhor algumas condições de trabalho.

A praticabilidade dos cuidados de enfermagem, tantas vezes quantas as possíveis, só engrandece o conhecimento prático, ampliando a experiência tão necessária em formação inicial.

Relativamente ao ambiente psicológico a promoção da insegurança e do constrangimento são referidos pelos alunos, revelando que estes se sentem ansiosos, tímidos e receosos perante atitudes e comportamentos menos positivos dos enfermeiros e docentes, o que conduz a estados de intranquilidade e baixa auto-confiança. Aqui estamos uma vez mais na problemática da comunicação e da relação, mas agora na perspectiva das condições de trabalho.

Sabemos que os comportamentos e atitudes dos indivíduos são influenciados pelo ambiente de trabalho e, na supervisão, este também é um aspecto fundamental a ter em atenção. Confirmamos, com Garmston *et al* (2002:22): *“uma função central da supervisão é a de moldar um ambiente que promova o crescimento. O processo de supervisão tem em conta quer as interacções entre indivíduos e grupos, quer as interacções entre os indivíduos e o seu ambiente de trabalho, procurando atender tanto ao ambiente em que os educadores operam, como aos próprios educadores.”*

5 – SÍNTESE FINAL

Ao terminarmos este estudo é o momento de fazermos uma reflexão global sobre a fundamentação teórica, sobre as opções metodológicas, sobre o conteúdo dos episódios significativos narrados pelos alunos, sobre a análise e interpretação dos dados recolhidos e, sobretudo, de elaborar conclusões de acordo com a problemática em estudo e com os objectivos formulados inicialmente.

Com este estudo propusemo-nos compreender as representações dos alunos do curso de licenciatura em enfermagem sobre a supervisão em geral e a relação supervisiva em ensino clínico, de modo que nos permitisse compreender a sua influência no processo de formação.

Optámos por este objecto de estudo pelo facto de querer aprofundar o conhecimento sobre a supervisão em ensino clínico, visto que, na nossa prática profissional, como docentes, dedicamos muitas horas a esta componente do curso. Considerando o ensino clínico como momentos privilegiados de aprendizagem, fundamentais para o futuro desempenho profissional, pretendíamos uma melhor clarificação e compreensão de alguns aspectos que podem influenciar a formação dos alunos de enfermagem.

Relativamente à revisão da bibliografia consideramos que esta tarefa nos forneceu uma perspectiva do conhecimento existente e nos permitiu uma sistematização das ideias principais ou conceitos relevantes sobre os quais construímos a fundamentação teórica.

Após muitas leituras fizemos uma selecção dos conteúdos que nos pareceram mais pertinentes, adequados e relevantes. Tivemos a preocupação de dispor os assuntos de forma gradual, a fim de ressaltar aspectos importantes, facilitar a abordagem e possibilitar uma fácil assimilação do conteúdo.

Reflectimos sobre aquilo que lemos ao longo desta primeira parte e, relativamente ao ensino clínico, as perspectivas teóricas consultadas são unânimes quanto à relevância e importância destes períodos de aprendizagem em contextos de trabalho profissional, pronunciando-se também a favor de

orientação continuada no tempo, bem como da importância e da relevância da regulação e correcção, em tempo real, por alguém (docente ou enfermeiro cooperante) que não só se disponibilize e tenha formação, e conhecimentos adequados, mas também sinta gosto e motivação pelo que faz.

Salientamos a concordância, entre os autores, quanto ao desfasamento entre a teoria e a prática, isto é, a enfermagem que é ensinada nas escolas e aquela que é praticada nos serviços. A existência deste desfasamento é alvo de preocupação e reflexão. Acreditamos que o confronto entre a teoria e a prática se deve a ideias predefinidas de que a escola é o lugar do saber teórico e os serviços hospitalares, ou outras instituições de saúde, o lugar das práticas. Uns e outros subestimam-se, quando deviam complementar-se.

Se desejamos formar para a autonomia. Se desejamos evitar enfermeiros repetidores e aspiramos conceber enfermeiros criadores. Se queremos uma escola e serviços reflexivos, temos que enveredar por caminhos menos díspares e chegar a consensos assumidos entre os teóricos das escolas e os práticos dos serviços. Os primeiros são a base científica que sustenta a prática e os segundos oferecem potencialidades formativas em situações diversas. É com eles que os alunos vêm a enfermagem como ela é, em acção.

Encontramos autores que apontam a supervisão clínica como uma possível solução para as questões problemáticas da supervisão dos ensinos clínicos. A supervisão clínica é uma forma de contribuir para ultrapassar constrangimentos pessoais e profissionais, problemas emocionais e a qualidades das práticas.

A relação supervisiva e de colaboração entre todos os intervenientes no processo é também um aspecto fundamental a considerar. Esta deve ser autêntica e promover uma interacção sadia e formativa e ser vista como objecto de reflexão e a chave para a alteração e a inovação.

O êxito do processo de supervisão clínica em enfermagem depende muito da qualidade da relação entre o supervisor e o aluno de enfermagem.

Os modelos de formação abordados e analisados fizeram-nos reflectir sobre questões primordiais como: os modelos de formação em enfermagem são construídos a pensar em formar enfermeiros ao nível prático? Porquê a utilização de modelos diferentes entre as escolas e os serviços?

Sabemos que da tecnicidade centrada na doença, de outros tempos, passou-se para uma corrente de valorização da relação entre quem presta e quem recebe cuidados de enfermagem e para uma corrente orientada para o desenvolvimento moral. Apesar dos cursos de enfermagem de hoje procurarem dar uma formação que permita aos enfermeiros conhecer melhor a pessoa e ter uma acção terapêutica a nível individual e familiar, os autores consultados referem que os modelos utilizados são centrados nas aquisições, isto é, a preocupação central do supervisor é que o aluno adquira ou aperfeiçoe um saber teórico, um comportamento ou uma técnica. Com o nosso estudo partilhamos da mesma opinião, pois ao longo das narrativas, foi-nos dado a saber que a principal preocupação dos supervisores é que o aluno adquira ou aperfeiçoe a dimensão técnica, isto é, o *saber fazer*. A auto-análise, a auto-reflexão e o aluno saber descobrir por si próprio o que necessita e deseja aprender, são aspectos desvalorizados relativamente ao aperfeiçoamento técnico.

Pela pesquisa efectuada também chegamos à conclusão de que as competências profissionais cada vez mais são colectivas no âmbito de uma equipa, o que requer sólidas competências de comunicação e de conciliação, logo, de regulação reflexiva.

A reflexão na acção permite a desvinculação da planificação inicial, corrigi-la constantemente, compreender o que acarreta problemas e regular o processo em curso sem se sentir ligado a procedimentos rígidos.

Depois da acção, a reflexão permite analisar mais tranquilamente os acontecimentos e construir saberes que podem ser utilizados em situações comparáveis, que possam vir a ocorrer.

A reflexão que se desenvolve antes da acção não serve apenas para a planificação e preparação para aquilo que poderá vir a surgir, mas também para adquirir maior perceptibilidade sobre a questão.

A postura reflexiva deve servir de eixo condutor de todas as acções do enfermeiro, desde o início da sua formação. Pensar o profissional sob esta perspectiva é, antes de tudo, pensar a formação inicial dos enfermeiros como uma actividade crítico-reflexiva.

Por conseguinte, torna-se imprescindível desenvolver competências norteadas pela reflexão das práticas no contexto da formação inicial, permitindo tanto ao aluno quanto ao supervisor a busca da visão interactiva das múltiplas relações com o meio, formando futuros enfermeiros capazes de pensar, de criar e recriar e de contextualizar as suas aprendizagens. E, em suma, que se desenvolva ecologicamente.

Encarámos a pesquisa bibliográfica como um caminho convergente que trilhámos para uma melhor compreensão da problemática em estudo, sempre com espírito auto-formativo, sobre vertentes da maior relevância desta realidade complexa, abrangente e ampla.

Relativamente à metodologia, estando o nosso interesse focado na compreensão de representações e dado existirem poucos estudos no âmbito da nossa problemática, pareceu-nos indicado realizar um estudo exploratório-descritivo, visto esse tipo de estudo nos permitir pesquisar, aprofundar, conhecer e descrever alguns aspectos da supervisão em ensino clínico em enfermagem.

Numa abordagem deste tipo, consideramos que o instrumento utilizado para a recolha de informação foi adequado, pois a narração de episódios significativos foram propiciadores à descrição de factos e à reflexão sobre eles, permitindo-nos fazer uma análise mais profunda e detalhada a partir de vivências concretas.

Quanto à análise de conteúdo temos a referir que, inicialmente, tínhamos a noção de que era uma técnica muito trabalhosa, morosa e complexa, mas era aquela que se ajustava a um estudo desta natureza e aquela que melhor nos proporcionaria tornar mais objectiva a leitura subjectiva das narrações e sistematizar todos os procedimentos. Ao terminar reiteramos a percepção inicial, afirmando que, realmente, é uma técnica exaustiva mas compensadora, pois ajudou-nos a construir as grelhas para se tornar possível, posteriormente, elaborar a análise e a interpretação.

Consideramos que as nossas opções metodológicas foram pertinentes e bem sucedidas. O interesse e as expectativas iniciais mantiveram-se ao longo de toda a investigação, sobretudo, porque é uma temática que se enquadra no nosso contexto profissional. Ao vivenciarmos experiências e contactarmos com factos,

necessitávamos ver clarificados alguns aspectos para poder reflectir e melhor os compreender.

Salientamos que os resultados foram obtidos a partir de um número pequeno de alunos. Seleccionámos uma amostra pequena porque o factor tempo assim o impunha. Também queremos acentuar que as unidades de registo apareceram em algumas categorias com muito pouca frequência. Estas circunstâncias fazem com que não possamos generalizar os resultados.

Pensamos que o baixo número das frequências em algumas categorias se deve ao seguinte: os alunos, ao escreverem um episódio com significado sobre o ensino clínico, obviamente que enveredam por assuntos da sua conveniência, isto é, que são particularmente do seu interesse e que são produto das suas preocupações. Ora, enquanto temas como a Relação em contexto supervisivo e Competências se apresentaram com muitas unidades de registo em quase todas as categorias, temas como Estratégias supervisivas e Condições de trabalho apresentaram-se com menos, havendo mesmo algumas que não apresentaram nenhuma. Deduzimos que esta diferença está relacionada com a ênfase dada àquilo que os alunos mais gostariam de ver concretizado em ensino clínico.

Pensamos que este estudo vale pela possibilidade de uma reflexão mais aprofundada sobre questões oportunas e actuais. Apesar de estarmos conscientes das limitações do estudo, consideramos que os objectivos a que nos propusemos foram atingidos. Assim, concluímos que:

- A opinião que os alunos têm sobre a supervisão em ensino clínico não se enquadra nas teorias preconizadas. Estas aconselham apoio, orientação e ajuda efectiva ao longo do processo formativo. A referida pelos alunos não é adequada, nem facilitadora da aprendizagem.
- Os alunos revelam sentimentos de medo, raiva, frustração, ansiedade e impotência, incompatíveis com uma relação de orientação apoiada que caracteriza a supervisão.
- Os alunos consideram que os supervisores são a peça fundamental para o seu crescimento profissional, apesar de manifestarem que, em algumas competências, os supervisores necessitem de aperfeiçoamento no âmbito da sua formação em ensino clínico.

- Os alunos atribuem muita importância à comunicação na relação supervisiva em ensino clínico. As constatações não são positivas, porque os alunos apontam na direcção da comunicação insuficiente. É uma área que, desde o início da análise dos resultados, se mostrou problemática e antagónica ao preconizado para uma boa supervisão.

- Os alunos consideram que os factores que facilitam a relação interpessoal aluno/enfermeiro e aluno/professor, se relacionam com a boa comunicação e com atitudes positivas e promotoras de bom e saudável relacionamento, como a comunicação assertiva, a empatia, a disponibilidade, a relação de ajuda, o diálogo, a amizade, a confiança recíproca e a vontade em partilhar conhecimentos. Aqueles que dificultam a relação interpessoal entre os alunos e os supervisores, são os que se relacionam com uma comunicação deficiente e com atitudes negativas e geradoras de má relação, como o autoritarismo, a indisponibilidade, o timbre e volume da voz alterados, a prepotência, a arrogância e a pouca vontade em supervisionar.

- Os alunos evidenciam desenvolvimento de algumas competências em ensino clínico no âmbito das competências cognitivas, atitudinais, comunicacionais e técnicas.

Após concluir o estudo, algumas questões emergiram, podendo constituir o desenvolvimento de investigações futuras e a implicação em intervenções no âmbito da supervisão em ensino clínico de enfermagem.

Quanto à supervisão em ensino clínico, sugerimos que:

- Deve haver um esforço partilhado pelos docentes e pelos enfermeiros cooperantes para que a presença efectiva dos supervisores nos ensinos clínicos seja contínua e se torne uma constante. Os alunos necessitam de acompanhamento, orientação e apoio. A presença dos supervisores em orientação directa é importante e desejável. Se desejamos formar para a autonomia, há que sustentar primeiro a aprendizagem de forma adequada;

- É urgente desenvolver reflexões entre os enfermeiros e os docentes sobre a relação em contexto supervisivo. O ambiente em que o ensino clínico decorre é fundamental. Se queremos que os alunos se consciencializem e interiorizem aspectos importantes da relação de ajuda, da empatia e do cuidar,

têm que ser os supervisores os primeiros a dar o exemplo através de atitudes e comportamentos saudáveis, correctos e que integrem os princípios da boa e eficaz comunicação. A autenticidade dos intervenientes na relação permite também uma maior segurança e abertura nos alunos para assumirem novas aprendizagens, para manifestarem as suas dificuldades e receios, para atingirem novos conhecimentos e sobretudo, para sentirem gosto em vivenciarem novas experiências com responsabilidade e à vontade;

- É fundamental que a metodologia e as estratégias supervisivas utilizadas pelos supervisores sejam clarificadas e partilhadas com os alunos para que estes conheçam, atempadamente, a forma como vão ser orientados e avaliados e, até para, contactarem desde logo com o conhecimento sobre metodologia e estratégias;

- É importante e indispensável que as estratégias definidas para o ensino clínico favoreçam a participação activa dos alunos na construção do seu conhecimento e promovam a reflexão constante sobre as práticas, a reflexão sobre as realidades vividas e presenciadas e a reflexão sobre a mobilização dos seus saberes. É essencial a prática reflexiva.

- É essencial articular a escola e os serviços de saúde. Docentes e enfermeiros das instituições devem concorrer para um trabalho em conjunto em todas as fases do ensino clínico, ou seja, juntos devem planear o ensino clínico e, conjuntamente, devem tentar minimizar os problemas que poderão aparecer nos serviços. Também em estreita colaboração devem reflectir e discutir sobre modelos de formação e modelos da prática. Ao ser utilizada uma abordagem comum e havendo uma participação activa entre todos os intervenientes, não haveria dicotomias, discordâncias e até contradições, ou seja, todos sairiam beneficiados. É legítimo inferirmos que uma supervisão conjunta é um elemento chave no sucesso da formação em ensino clínico;

- É importante e necessário que os supervisores tenham formação profissional e pedagógica actualizada e interiorizada. A formação contínua é fundamental para a competência e qualidade que se impõe nos dias de hoje.

Ao optarmos por um estudo exploratório, tivemos presente que este constituiria uma base de trabalho, podendo abrir caminho ao desenvolvimento e

concretização de investigações futuras pela abrangência e complexidade desta problemática. Da progressão do processo investigativo sobressaiu a necessidade de aprofundar o porquê da tão má relação entre os alunos e os supervisores. Gostaríamos de tentar ir até ao cerne da problemática para compreender o que existe na realidade e tentar justificar tal desajuste, tão preocupante.

Deixamos também como sugestão, a realização de um estudo que replicasse o nosso, com uma amostra mais alargada e que permitisse estabelecer comparações. Talvez nos fossem revelados aspectos interessantes e que se pudessem generalizar.

O estudo sobre o porquê da utilização de modelos diferentes entre as escolas e os serviços, fica também como sugestão para uma investigação futura.

Temos também a intenção de apresentar e discutir as conclusões deste estudo com os docentes, no sentido de reflectirmos em conjunto sobre as possíveis maneiras de modificar alguns aspectos menos positivos.

Se este trabalho levar à reflexão, consideramos que a sua finalidade foi conseguida.

6 - BIBLIOGRAFIA

ABREU, Wilson (2002). Supervisão Clínica em Enfermagem: Pensar as Práticas, Gerir a Formação e Promover a Qualidade. *Sinais Vitais*, n.º 45, p. 53-57.

ABREU, Wilson (2002). Entrevista ao Enfermeiro Wilson Abreu. *Sinais Vitais*, n.º 40, p. 08-13.

ABREU, Wilson (2001). *Identidade, Formação e Trabalho: das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros (multicasos)*. Lisboa: Co-Edição Formasau e Educa.

ABREU, Wilson (2001). Comunicação em Aula: Apontamentos das aulas de Metodologias de Ensino da Especialidade no Mestrado de Supervisão, 2001/2002. Universidade de Aveiro.

ADAM, Evelyn (1994). *Ser Enfermeira*. Lisboa: Instituto Piaget.

ALARCÃO, Isabel; TAVARES, José (2003), 1ª ed.(1987). *Supervisão da Prática Pedagógica: uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. 2ª ed. Coimbra: Almedina.

ALARCÃO, Isabel (2001). *Escola Reflexiva e Nova Racionalidade*. Porto Alegre: Editora Artmed.

ALARCÃO, Isabel (2001). Formação Reflexiva. *Referência – Educação e Formação em Enfermagem*, n.º 6, p. 53-59.

ALARCÃO, Isabel (org.) (1996). *Formação Reflexiva de Professores : Estratégias de Supervisão*. Porto: Porto Editora.

ALARCÃO, Isabel (org.) (1995). *Supervisão de Professores e Inovação Educacional*. Aveiro: Cidine.

ALARCÃO, Isabel, SÁ-CHAVES, Idália (1994). Supervisão de professores e desenvolvimento humano. Uma perspectiva ecológica. In: TAVARES, José (org.). *Para Intervir na Educação*. Aveiro: Cidine.

ALARCÃO, Isabel (1993). Continuar a formar-se, renovar e inovar. A formação contínua de professores. *Revista Escola Superior de Educação de Santarém*, n.º 3, p. 24-35.

ALARCÃO, Isabel (1993). Prefácio de VIEIRA, Flávia (1993). *Supervisão – Uma Prática Reflexiva de Formação de Professores*. Rio Tinto: Edições Asa.

ALARCÃO, Isabel (1991). Reflexão crítica sobre o pensamento de Donald Shön e os programas de formação de professores. *Cidine*, 1, p. 5-22.

ALARCÃO, Isabel (1982). Supervisão clínica: Um Conceito e uma Prática ao Serviço da Formação de Professores. *Revista Portuguesa de Pedagogia*. XVI, p. 151-168.

AMARAL, M.^a João, *et al* (1996). O papel do supervisor no desenvolvimento do professor reflexivo – Estratégias de supervisão. In: ALARCÃO, Isabel (org.). *Formação Reflexiva de Professores: Estratégias de Supervisão*. Porto: Porto Editora.

AMENDOEIRA, José (1996). O Processo de cuidar na orientação de alunos em ensino clínico. *Enfermagem Agora*. Março/96, p. 20-29.

AMIGUINHO, A. (1992). *Viver a formação. Construir a mudança*. Lisboa: Educa.

ANDREWS, M. *et al* (1999). Mentorship in nursing: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (1), p. 201-207.

BAIN, L. (1996). Preceptorship: A review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 24, p. 104-107.

BARDIN, Laurence (1995). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

BASTO, Marta Lima (1998). *Da Intenção de Mudar à Mudança: um caso de intervenção num grupo de enfermeiros*. Lisboa: Rei dos Livros.

BELL, Judith (1997). *Como realizar um Projecto de Investigação*. Lisboa: Gradiva.

BENNER, Patricia (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

BENTO, Conceição (2001). Aprender a ser Enfermeiro: Que Modelos de Formação?. *Sinais Vitais*, n.º 34, p. 25-29.

BENTO, Conceição (2001). Formação em Enfermagem: Que caminho?. *Sinais Vitais*, n.º 35, p. 29-34.

BENTO, Conceição (1997). *Cuidados e Formação em Enfermagem: que identidade?* Lisboa: Fim de Século Edições, Lda.

BERBAUM, Jean (1993). *Aprendizagem e Formação*. Porto: Porto Editora.

BERNARDO, O. P. Fr. (1988). *Relacionamento Humano e Saúde – Breves Escritos*. Porto: Biblioteca Verdade e Vida.

BERTRAND, Yves (2001). *Teorias Contemporâneas da Educação*. Lisboa: Edições Instituto Piaget.

BYRNES, Kathryn (1986). Bridging the gap between humanism and behaviorism in nursing education. *Journal of Nursing Education*. 25 (7), September.

BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari (1994). *Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.

CAHILL, H. (1996). A qualitative analysis of student nurses experiences of mentorship. *Journal of Advanced Nursing*, 24, p. 791-799.

CANÁRIO, Rui (2001). A Prática Profissional na Formação de Professores. In: Campos, B. (org.). *Formação Profissional de Professores no Ensino Superior*. Inafop, Porto: Porto Editora.

CANÁRIO, Rui (2000). A Aprendizagem ao longo da vida. Análise crítica de um conceito e de uma política. *Psicologia da Educação*. Lisboa: S. Paulo, p. 29-52.

CANÁRIO, Rui (2000). Formação Profissional: problemas e perspectivas de futuro. *Forum* 27, Jan-Jun, p. 125-139.

CANÁRIO, Rui (1997). Formação e mudança no campo da saúde. In: CANÁRIO, R. (org.) *Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora.

CANHAM, J. (1998). Educational clinical supervision: meeting the need of specialist community practitioner students and professional practice. *Nurse Education Today*, 18 p. 394-398.

CARMO, Hermano; FERREIRA, Manuela (1998). *Metodologia de Investigação*. Lisboa: Universidade Aberta.

CARVALHAL, Rosa (2002). *Parcerias na Formação. Papel dos Orientadores Clínicos – Perspectiva dos Actores*. Loures: Lusociência.

COLLIÉRE, Marie-Françoise (1989). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

COSTA, Arminda (2001). O ensino de enfermagem e o desenvolvimento da profissão. *Sinais Vitais*, n.º 37, Julho, p. 8-10.

COSTA, Arminda (1998). *Enfermeiros: dos percursos de formação à produção de cuidados*. Lisboa: Fim de Século Edições, Lda.

COTTRELL, S.; SMITH, G. (2000). Suspicion, Resistance, Tokenism and Mutiny: Problematic Dynamics Relevant to the Implementation of Clinical Supervision in Nursing. *First Posted*, p. 1-10.

CURWING, Richard L. *et al* (2000). *Como Fomentar os Valores Individuais*. Lisboa: Plátano Edições Técnicas.

DANIEL, Liliana Felcher (1987). *Enfermagem: Modelos e Processos de Trabalho*. São Paulo: EPU.

D. ESPINEY, Luísa (1997). Formação inicial/formação contínua de enfermeiros: uma experiência de articulação em contexto de trabalho. In: CANÁRIO, R. (org.). *Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora.

ESTRELA, Maria Teresa (2001). Realidades e perspectivas da formação contínua de professores. *Revista Portuguesa de Educação*, n.º 14, p. 27-48.

ESTRELA, Maria Teresa (1999). Da (im) possibilidade actual de definir critérios de qualidade da formação de professores. *Psicologia, Educação e Cultura*, vol. III, n.º 1, p. 09-30.

ESTRELA, M.^a Teresa; ESTRELA, Albano (1994). *A Técnica dos Incidentes Críticos no Ensino*. 2ª Ed., Lisboa: Editorial Estampa.

FACHADA, M.^a Odete (2000). *Psicologia das Relações Interpessoais*. Lisboa: Edições Rumo.

FASANO, N. (1981). Joint appointments: challenge for nursing. *Nurs Forum*, v.20, n.º 1, p. 72-85.

FAZENDA, Ivani Arantes et al (1991). *A prática de ensino e o estágio supervisionado*. São Paulo: Papirus Editora.

FERRY, Gilles (1987). *Le Trajet de la Formation*. Paris: Dunod.

FIRTH, Gerald; PAJAK Edward (1998). *Handbook of Research on School Supervision*. New York: Macmillan Library Reference USA.

FORMOSINHO-OLIVEIRA, Júlia (org.) (2002). *A Supervisão na Formação de Professores I – Da Sala à Escola*. Porto: Porto Editora.

FORMOSINHO-OLIVEIRA, Júlia (org.) (2002). *A Supervisão na Formação de Professores II – Da Organização à Pessoa*. Porto: Porto Editora.

FORTIN, Marie Fabienne (1999). *O Processo de Investigação – Da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência.

FRANCO, J. (2000). Orientação dos alunos em ensino clínico de enfermagem: Problemáticas específicas e perspectivas de actuação. *Investigação em Enfermagem*, n.º 1, p. 32-50.

FREIRE, Paulo (1999). *Educação como Prática de Liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

GARMSTON, Robert *et al* (2002). A Psicologia da Supervisão. In: FORMOSINHO-OLIVEIRA, Júlia (org.). *A Supervisão na Formação de Professores II – Da Organização à Pessoa*. Porto: Porto Editora.

GIL, António Carlos (1994). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 4ª ed., São Paulo: Editora Atlas S A.

GRAÇA, L. e HENRIQUES, A. (1997). *Evolução da Prática e do Ensino da Enfermagem em Portugal*. In: <http://www.terravista.pt/meco/5531/textos62.html>.

GUERRA, M. (2000). *A Escola que Aprende*. Porto: Edições Asa.

HAWTHORNE, Richard; HOFFMAN, Nancy (1998). Supervision in nonteaching professions. In: FIRTH, Gerald; PAJAK, Edward. *Handbook of Research on School Supervision*. New York: Macmillan Library Reference USA, p. 555-576.

KAVIANI, N. *et al* (2000). An evaluative study of clinical preceptorship. *Nurse Education Today*, 20, p. 218-226.

KÉROUAC, Suzanne *et al* (1996). *El Pensamiento Enfermero*. Barcelona: Masson, S.A.

LALANDA, M.^a Conceição; ABRANTES, M.^a Manuela (1996). O conceito de reflexão em J. Dewey. In: ALARCÃO, Isabel (org.). *Formação Reflexiva de Professores – Estratégias de Supervisão*. Porto: Porto Editora.

LESSARD-HÉBERT, Michelle; GOYETTE, Gabriel ; BOUTIN, Gérald (1994). *Investigação Qualitativa : Fundamentos e Práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.

MARTIN, Christiane (1991). *Soigner pour Apprendre. Acquerir un Savoir Infirmier*. Editions LEP.

MARTÍN, L. *et al* (1991). *Metodologia de la Enseñanza de Enfermería*. Madrid: Instituto Nacional de la Salud.

McCARTHY, M. (1987). *Mudanças nos Cuidados de Saúde e Formação dos Enfermeiros no Século XXI*. Resumo da exposição no Simpósium. Comissão das Comunidades Europeias, Comité Consultivo para a Formação no domínio dos Cuidados de Enfermagem.

MEYER, Dagmar *et al* (1998). *Marcas da Diversidade : Saberes e Fazeres da Enfermagem Contemporânea*. Porto Alegre: Artes Médicas.

MENDES, P. (2002). *A Formação Inicial de Professores e o Choque com a Realidade: Experiências e Vivências sobre o Ano de Estágio*. Évora: Universidade de Évora (Tese de Mestrado em Educação / Especialidade Supervisão Pedagógica).

MOREIRA, M.^a Alfredo (1996). *A Investigação-acção na Formação Reflexiva do Professor Estagiário de Inglês*. Aveiro: Universidade de Aveiro (Tese de Doutoramento).

MOULE, P. (1999). Contracting for nurse education: nurse leader experiences and future visions. *Nurse Education Today*, 19, p. 164-171.

NÓVOA, António; FINGER, Matthias (1988). *O método (auto)biográfico e a formação*. Lisboa: Departamento de Recursos Humanos/Ministério da Saúde. Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.

NÓVOA, António (1992). *Vidas de Professores*. Porto: Porto Editora.

OLIVEIRA, M.^a Teresa (1991). A linguagem metafórica na formação inicial dos professores de ciências. *Aprender*, n.º 14, p. 34.

PEARSON, Alan; VAUGHAN, Barbara (1992). *Modelos para o Exercício de Enfermagem*. Lisboa: ACEPS.

PERRENOUD, Philippe (1999). *Construir as Competências desde a Escola*. Porto Alegre: Artmed.

PERRENOUD, Philippe (1998). De l'alternance à l'articulation entre théories et pratiques dans la formation des enseignants. In: TARDIF, M.; LESSARD, C.; GAUTHIER, C., (orgs.). *Formation des Maîtres et Contextes Sociaux: Perspectives Internationales*. Paris: PUF.

PERRENOUD, Philippe (1994). *Práticas Pedagógicas, Profissão Docente e Formação: Perspectivas Sociológicas*. Lisboa: D. Quixote.

PINHO, Luís (1991). Comunicação afectiva e relacional professor-aluno. A empatia na relação educativa escolar. *Revista Portuguesa de Educação*, n.º 4, p. 83-97.

POLIT, Denise; HUNGLER, Bernadette (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 3ª ed., Porto Alegre: Artes Médicas.

POWERS, M. (1976). The unification model in nursing. *Nurs, Outlook*, v. 24, nº 8, p. 482- 487.

QUEIRÓS, Ana Albuquerque (2002). *As competências dos profissionais de enfermagem : como as afirmar e as desenvolver*. Comunicação apresentada em Ponte de Lima, In: http://www.anaqueiros.com/article.php3?id_article=28 .

QUEIRÓS, Ana Albuquerque et al (2000). *Educação em Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

QUEIRÓS, Ana Albuquerque (1999). *Empatia e Respeito - Dimensões Centrais na Relação de Ajuda*. Coimbra : Quarteto Editora.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, LucVan (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, 2ª ed., Lisboa: Gradiva.

RODRIGUES, M.ª Ângela (1999). *Metodologias de Análise de Necessidades de Formação na Formação Contínua de Professores – Contributos para o seu estudo*. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação (Tese de Doutoramento).

RIBEIRO, José Luís Pais (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

RIBEIRO, Lisete Fradique (1995). *Cuidar e Tratar – Formação em Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral*. Lisboa: Educa.

RIOPELE, L. et al (1993). *Cuidados de Enfermería: Aplicación del Proceso Enseñanza – Aprendizage*. Madrid: McGraw – Hill.

ROGERS, Carl R. (1985). *Tornar-se Pessoa*, 7ª. Ed.. Lisboa: Moraes Editores.

ROGERS, Carl R. (1979). *Poder Pessoal*. Lisboa: Moraes.

ROGERS, Carl R; ROSENBERG, R. L. (1977). *A Pessoa Como Centro*. São Paulo: EPU.

ROGERS, Carl R. (1972) – *Liberdade para Aprender*, 2ª ed. Belo Horizonte: Inter-Livros.

ROGERS, Carl R. (1976). *Grupos de Encontro*, 4ª ed. Lisboa: Moraes Editores.

ROGERS, Carl R. (1974). *Terapia Centrada no Paciente*. Lisboa: Moraes.

RUSSELL, G. *et al* (1996). Using student, teacher and practice supervisor feedback to improve the quality of nurse education: how should we collect it and what should we do with it? *Journal of Advanced Nursing*, 24, p. 1042-1046.

SÁ-CHAVES, Idália (2001). Comunicação em Aula: Apontamentos das aulas de Supervisão no Mestrado de Supervisão 2001/2002. Universidade de Aveiro.

SÁ-CHAVES, Idália (2000). *Formação, Conhecimento e Supervisão – Contributos nas Áreas da Formação de Professores e de outros Profissionais*. Aveiro: Universidade.

SÁ-CHAVES, Idália (1997). A formação de professores numa perspectiva ecológica. Que fazer com esta circunstância? Um estudo de caso na Universidade de Aveiro. In: SÁ-CHAVES, Idália (org.) - *Percursos de Formação e Desenvolvimento Profissional*. Porto: Porto Editora.

SALGUEIRO, Ana Jacinta (2001). *Expectativas dos Estudantes do Ensino Superior de Enfermagem*. Lisboa: Universitária Editora.

SANTOS, M.^a Elvira (2000). Concepção de Cuidados de Enfermagem dos Docentes de Enfermagem. In: QUEIRÓS, Ana Albuquerque *et al*. *Educação em Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

SCHÖN, Donald (2000). *Educando o Profissional Reflexivo*. Porto Alegre: Artes Médicas.

SCHÖN, Donald (1991). *Cases in Reflective Practice*. Nova York: Teachers College Press.

SCHÖN, Donald (1987). *Educating the reflective practitioner*. São Francisco: Jossey-Bass.

SCHÖN, Donald (1983). *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*. Nova York: Basic Books.

SILVA, Lígia M.^a (2000). As Competências do Professor e o Ensino Reflectivo em Enfermagem. In: QUEIRÓS, Ana Albuquerque *et al.* *Educação em Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

SOARES, Isabel (1997). *Da Blusa de Brim à Touca Branca*. Lisboa: Educa e APE.

SPRINTHALL, N. *et al* (1999). *Psicologia Educacional – Uma Abordagem Desenvolvimentista*. Lisboa: Editora McGraw-Hill de Portugal.

TAVARES, José; ALARCÃO, Isabel (1990). *Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem*. Coimbra: Almedina.

TAVARES, José (1996). *Uma Sociedade que Aprende e se Desenvolve – Relações Interpessoais*. Porto: Porto Editora – Coleção Cidine.

TOMLINSON, Anne (1989). Técnicas de comunicação. *Nursing*, n.º 14, p. 40-44.

TRACY, Sandra (2002). Modelos e Abordagens. In: FORMOSINHO-OLIVEIRA, Júlia (org.) *A Supervisão na Formação de Professores I – Da Sala à Escola*. Porto: Porto Editora.

VALA, Jorge (1986). Análise de Conteúdo. In: SILVA, A. Santos, PINTO, Madureira José (org.). *Metodologias das Ciências Sociais*. 7ª ed., Porto: Edições Afrontamento.

VALSECCHI, Elizabeth (1999). *Fundamentos de Enfermagem: Incidentes Críticos Relacionados ao Estágio Supervisionado*. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (Tese de Mestrado).

VIEIRA, Flávia (1993). *Supervisão – Uma Prática Reflexiva de Formação de Professores*. Rio Tinto: Edições Asa.

VIEIRA, Margarida (1999). A paixão pelo ensino. *Nursing*, n.º 139, Dezembro, p. 17-19.

VYGOTSKY, Lev (1988). *Pensamento e Linguagem*. S. Paulo: Martins Fontes.

VYGOTSKY, Lev (1977). *Psicologia e Pedagogia*. Lisboa: Estampa.

WATSON, Jean (1988) - *Nursing: Human Science and Human Care. A Theory of Nursing*. New York: National League for Nursing.

WONG, Júlia ; WONG, Shirley (1987). Towards effective clinical teaching in nursing. *Journal of Advanced Nursing*. Oxford: vol. 12, n.º 4, p. 505-513.

ZABALZA, Miguel (1995). *Diseño y Desarrollo Curricular* (6ª ed.). Madrid: Narcea.

ZABALZA, Miguel (1994). *Diários de Aulas: Contributo para o Estudo dos Dilemas Práticos dos Professores*. Porto: Porto Editora.

ANEXOS

Anexo 1 – Pedido de autorização para recolha de dados nas instituições

Ex.mo Senhor Director
da Escola Superior de Enfermagem

Ana Paula Pires Rodrigues Belo, actualmente a frequentar o Curso de Mestrado em Supervisão, na Universidade de Aveiro, no âmbito do qual pretende desenvolver um trabalho de investigação que permita compreender a perspectiva dos Alunos relativamente à Supervisão em Ensino Clínico e a sua influência no processo de formação, vem solicitar a V.Ex.^a que se digne autorizar a aplicação do instrumento de colheita de dados que se encontra em anexo, aos alunos do 4º ano de Licenciatura em Enfermagem.

Solicita também a V.Ex.^a que se digne autorizar a utilização do nome dessa Instituição na sua dissertação de mestrado. A confidencialidade é assegurada pelo anonimato (o anonimato de quem responde ou é referido está assegurado).

Ciente que será dispensada a atenção e colaboração necessária, antecipadamente agradeço.

Pede deferimento

Aveiro, 17 de Setembro de 2002

Ana Paula Pires Rodrigues Belo

Anexo 2 – Guião de narração do episódio significativo

Narração de um *Episódio Significativo*

Caro Participante,

No âmbito do Curso de Mestrado em Supervisão da Universidade de Aveiro, encontramos-nos a desenvolver um estudo de investigação que envolve alunos (futuros profissionais de Enfermagem), os docentes e enfermeiros cooperantes intervenientes no processo de supervisão. Neste estudo pretendemos investigar questões relacionadas com a Supervisão dos futuros profissionais de Enfermagem em Ensino Clínico. Para tal a sua colaboração é indispensável, pelo que lhe solicitamos que faça a descrição de 1 (um) *episódio significativo* que tenha vivenciado durante as unidades curriculares de ensino clínico.

Consideramos um *episódio significativo* em Supervisão:

- Um episódio que tenha sido marcante e no qual participou no âmbito do ensino clínico dos futuros profissionais de enfermagem; por marcante entende-se aquele que tenha tido repercussões positivas ou menos positivas no desenvolvimento pessoal e profissional dos intervenientes no processo formativo.

Com a finalidade de conseguir atingir os objectivos do estudo que nos propomos realizar e de facilitar a sua narrativa, seria importante que referisse os aspectos que se encontram no guião para a narração (para além do preenchimento da ficha de caracterização).

Solicitamos que faça a descrição, se possível nos próximos 8 dias. Para o retorno da sua descrição, aguarde a nossa deslocação ao seu Serviço.

A confidencialidade é assegurada pelo anonimato, pelo que não deve escrever o seu nome ou o de qualquer outra pessoa na descrição do episódio.

**Muito Obrigado pela sua
colaboração!**

Aveiro, Outubro 2002

GLOSSÁRIO

ENFERMEIRO COOPERANTE - Enfermeiros Especialistas, bem como outros Enfermeiros que cooperam na Supervisão em Ensino Clínico dos futuros profissionais de Enfermagem, dos diversos serviços em que ocorra ensino clínico de enfermagem.

SUPERVISÃO – Processo em que um Enfermeiro ou um Docente orienta um ou um grupo de alunos em ensino clínico, na resolução de problemas mais ou menos específicos para o seu desenvolvimento pessoal e profissional.

SUPERVISOR - Enfermeiro ou Docente que orienta um ou um grupo de alunos em ensino clínico.

ENSINO CLÍNICO – Formação prática de enfermagem, realizada em contexto real de trabalho, onde se pretende que o aluno desenvolva habilidades/capacidades cognitivas, técnicas e sócio-relacionais.

CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE

SEXO: M ☐ F ☐ IDADE: ☐ 18-23 ☐ 24-30 ☐ 31-40 ☐ 41-50 ☐ + de 50 anos

NATURAL DO CONCELHO DE: _____

INSTITUIÇÃO DE FORMAÇÃO (Escola responsável pelo Ensino Clínico): _____

PAPEL DO PARTICIPANTE: ☐ ALUNO ☐ DOCENTE ☐ ENFERMEIRO COOPERANTESe é **aluno**, responda ao conjunto de questões **A**Se é **docente**, responda ao conjunto de questões **B**Se é **enfermeiro cooperante**, responda ao conjunto de questões **C****A –**Número de *Ensinos Clínicos* efectuados Em que áreas? _____**B –**Possui formação específica em Supervisão? Sim ☐ Não ☐

Se sim, qual? _____

Número de anos como Supervisor ☐ < 1 ano ☐ 1-5 ☐ 6-10 ☐ 11-15 ☐ 16-20 ☐ > 20 anosNúmero de *Ensinos Clínicos* supervisionados

Categoria Profissional _____

Departamento – Área Científica _____

C –

Especialidade: _____

Possui formação específica em Supervisão? Sim ☐ Não ☐

Se sim, qual? _____

Tempo de Serviço: Na Profissão Na Instituição N.º de anos como *Enfermeiro Cooperante* ☐ < 1 ano ☐ 1-5 ☐ 6-10 ☐ 11-15 ☐ 16-20 ☐ > 20 anosNúmero de *Ensinos Clínicos* supervisionados Em que áreas? _____

GUIÃO PARA A NARRAÇÃO DE UM *EPISÓDIO SIGNIFICATIVO* NO CONTEXTO DA FORMAÇÃO INICIAL DOS ENFERMEIROS

I – CARACTERIZAÇÃO GERAL DO *EPISÓDIO SIGNIFICATIVO*

- Descreva clara, mas sucintamente o que aconteceu, indicando:
 - Em que área de prestação de cuidados ocorreu;
 - Em que área específica do *ensino clínico*;
 - Em que ano e época do ano;
 - Em que fase do turno (início, meio ou fim);
 - Em que ano curricular.
 - Quem foram os intervenientes e qual a participação de cada um (sem personalizar).

II – REFLEXÃO SOBRE O *EPISÓDIO SIGNIFICATIVO*

- Como agiu ou reagiu durante e após o *episódio*?
- Que sentimentos ou emoções experienciou?
- Descreva o que julga que os outros intervenientes (docentes, enfermeiros, alunos, utentes, etc.) sentiram;
- Que reflexão fez sobre o episódio (por exemplo, sobre aquilo que gostaria de ter feito e que não fez ou o que fez e não gostaria de ter feito)? E com quem fez essa reflexão?
- Teve apoio durante e após o *episódio*? De quem?
- A comunicação entre a escola e o campo de ensino clínico teve algum papel neste episódio? Qual?
- Diga o que aprendeu com o *episódio*.

III – IMPORTÂNCIA FORMATIVA DO *EPISÓDIO*

- Este *episódio* foi significativo para si, porquê?
- Que título dava a este *episódio significativo*?
- A propósito dês *episódio significativo*, dê a sua opinião sobre supervisão em EC.

I – CARACTERIZAÇÃO GERAL DO EPISÓDIO SIGNIFICATIVO

Pode acrescentar mais folhas se necessário, embora se pretenda um relato sucinto

II – REFLEXÃO SOBRE O EPISÓDIO SIGNIFICATIVO

Pode acrescentar mais folhas se necessário, embora se pretenda um relato sucinto

III – IMPORTÂNCIA FORMATIVA DO EPISÓDIO

Pode acrescentar mais folhas se necessário, embora se pretenda um relato sucinto
